

肝炎治療受給者証 再交付申請書			
受給者	氏名		生年月日 年 月 日生
	住所	〒 電話番号 (- -)	
	公費負担医療の受給者番号	病名	
	受給者証の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
再交付を必要とする理由	1 破損のため 2 紛失のため 3 その他 (理由を記入すること)		
上記のとおり肝炎治療受給者証の再交付を申請します。			
福岡県知事殿 年 月 日			
住所 〒			
電話番号 (- -)			
申請者 氏名 (受給者との続柄)			
			(保健所收受印)