様式第１－５号

肝炎治療受給者証交付申請書（転入者用）

□インターフェロン治療（　新規　・　２回目　）　　□核酸アナログ製剤治療（　新規　・　更新　）

□インターフェロンフリー治療（　新規　・　再治療　）

申請者	フリガナ 氏　　名	（　　歳）		性　　別	男　　女
	生年月日	明 昭 大 平　　年　　月　　日			
	住所	〒 （電話　　）			
	医療加入保険	被保険者氏名			
		保健種別	国保　・　後期高齢　・　被用者（本人）　・　被用者（家族）		
病名					
転入日					
転入前の有効期限					
転入前の住所					
又は保健薬局	保険医療機関 名　称				
	所在地				
	名　称				
	所在地				

引き続き治療を継続しますので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。

申請者氏名　　印

平成　　年　　月　　日

沖縄県知事　殿

この申請書に、住民票謄本の写し、転出した都道府県の肝炎治療受給者証の写しを添付してください。
申請に係る書類に個人番号（マイナンバー）が記載されている場合は受付できませんのでご注意ください