

肝炎治療受給者証再交付申請書

受給者	フリガナ		性別	公費負担者番号			
	氏名		男				
			女	公費負担医療の 受給者番号			
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日					
住所	〒 (電話 )						
届出者	フリガナ 氏名		受給者との続柄				
	住所	〒 (電話 )					

再交付申請理由

1 破 損 ・ 汚 損

2 紛 失

上記のとおり、肝炎治療受給者証の再交付を申請します。

受給者氏名

印

平成 年 月 日

沖縄県知事 殿

※ 肝炎治療受給者証を破り、又は汚した場合の申請には、当該受給者証を添付すること。