

肝炎治療受給者証 再交付申請書				
受 給 者	氏 名		生 年 月 日	明大 昭平 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	平成 年 月 日 から 平成 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 平成 年 月 日 住 所 〒 電話番号（ — — ） 申請者 氏名 印 （受給者との続柄） ）				
				（保健所收受印）