（別紙様式１２）

肝炎治療受給者証再交付申請書

<table>
<tr><td colspan="2">受　給　者　番　号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">受給者</td><td>住　所</td><td colspan="4">〒（　　-　　）　（電話番号　　）
熊本県　　市・郡　　区・町・村</td></tr>
<tr><td>ﾌﾘｶﾞﾅ</td><td></td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">大正
昭和
平成
令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">再交付申請
する理由</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

上記のとおり肝炎治療受給者証の再交付を申請します。

年　　月　　日

申請者　住所

氏名

熊本県知事　様

受付印

※　熊本県の肝炎治療受給者証が使用できる医療機関等は、「熊本県と契約した保険医療機関」及び「全ての保険薬局」となります。