

(別紙様式12)

### 肝炎治療受給者証再交付申請書

医療受給者証		公費負担者番号																	
		受給者番号																	
受給者	住所	〒 _____ 電話番号 ( _____ ) _____																	
	氏名					生年月日		年 月 日											
医療受給者証に記載されている医療機関名																			
再交付申請する理由																			
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																			
(自署または記名押印)																			
氏名																			
熊本県知事 様																			
																受付印			