（別紙様式１１）

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	明治・大正 昭和・平成　　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。

平成　　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