

ウイルス肝炎医療費受給者証等 再交付申請書

受給者 (参加者)	受給者番号									有効期間	年	月	日	から
									年		月	日	まで	
	氏名													
住所														
申請理由	破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失													
<p>上記理由により、ウイルス肝炎医療費受給者証（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証）の再交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所（〒 — ）</p> <p>申請者</p> <p>（電話 — — ）</p> <p>氏名</p> <p>受給者（参加者）との続柄（ ）</p> <p>保健所長 様</p>														
												管轄保健所收受印欄		

(注) 破損又は汚損の場合は、受給者証（参加者証）を添付してください。