

(別紙様式第7号)

肝炎治療受給者証再交付申請書

年 月 日

島根県知事

様

〒

申請者 住 所

氏 名

T E L - () -

受給者との続柄

肝炎治療受給者証を（破損・紛失）したので再交付願います。

受給者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
受療医療機関 及び薬局名				
受給者番号				

保 健 所		本 庁	
受 付 印		受 付 印	