

(様式第5号)

| 肝炎治療受給者証再交付申請書 | | | |
|--|------------|------------------|--------|
| 申請者 | ふりがな 氏名 | | 性別 男 女 |
| | 生年月日 | 明昭 大平 年 月 日 | |
| | 住所 | (電話) | |
| | 受給者証番号 | (分かれれば記入してください。) | |
| | 被保険者証記号・番号 | | |
| <p>私に交付された肝炎治療受給者証を、汚損、紛失(いずれかに○を付けてください。)しましたので、再交付を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">佐賀県知事様</p> | | | |