

肝炎治療受給者証再交付申請書

年 月 日

福 島 県 知 事

住 所
申請者

氏 名

印 （続柄： ）

肝炎治療受給者証を紛失（破損）したので再交付を申請します。

受給者番号							
受給者氏名							
生年月日	年 月 日						
住 所							
病 名							
医療機関名							
紛失等の状況							