（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

ＴＥＬ　　－（　　）－

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 受付印		本　　庁 受付印	