様式第９号

肝炎治療受給者証再交付申請書

年　　月　　日

山口県知事　様

（届出者）
住　　所　（〒　　）

電話番号
氏　　名
受給者との続柄（　　）

このことについて、下記の理由により再交付を申請します。

記

ふりがな 受給者氏名 （生年月日）	（明・大・昭・平　　年　　月　　日）		受給者番号	
住　　所	〒			
受療医療機関名 （薬局含）	名　称		所在地	
	名　称		所在地	
	名　称		所在地	
	名　称		所在地	
再交付の理由 （該当するものに○印を付けてください。）	１　紛　失　　２　破　損（※）　　３　汚　損（※）　　４　盗　難 ５　その他 （　　）			

※　添付書類

汚損、破損による再交付申請の場合は、その受給者証を添付してください。

――――――――下記には申請者は記入しないでください。――――――――――――――――

経由保健所名 （健康福祉センター名）		保健所 受付日	年　　月　　日
本課記載欄	健康増進課到達日	年　　月　　日	
	再交付年月日	年　　月　　日	