

肝炎治療受給者証再交付申請書	
受 給 者	ふりがな 氏 名
	生年月日
	昭和 平成
	年 月 日 生 ( 歳)
受 診 状 況	受給者番号
	住 所
	(電話 )
受 診 状 況	病 名
	医療機関名
	有効期間
再交付の理由	破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失 ・ その他
状 況 説 明	
<p style="text-align: center;">上記について再交付を届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">(直筆の場合は、押印省略可)</p> <p style="margin-top: 20px;">鳥取県 総合事務所長 鳥取県 福祉保健事務所長 様</p>	