様式第１４号（第１１関係）

肝炎治療受給者証再交付申請書

年　　月　　日

　広　島　県　知　事　様

次の理由により受給者証の再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 |
| 住所 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　）　　　　　　　　　　　　　携帯番号（　　　　　） |
| 医療機関・薬　局 | 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 | １　紛失　　２　破損　　３　汚損　　４　盗難　　５　その他（　　　　　　　　） |
| 備考 |  |

※破損，汚損の場合は，受給者証の原本を添付すること。