

B型・C型肝炎患者医療給付事業受給者票再交付申請書

愛知県知事殿

申請者 住所

氏名

受給者との続柄

下記のとおり受給者票を再交付してください。

区分	1 6		令和	年	月	日	
			4			9	
			申請日				
受 給 者	受給者番号	11				17	
	フリガナ					性別	男・女
	氏名						
	生年月日						
	住所						
	受療医療機関						
	再交付申請の理由	1 亡失 2 き損 3					