（様式第 10 号）

肝炎治療受給者証再交付申請書

年　　月　　日

愛 媛 県 知 事　様

申請者　住　所

氏　名

受給者との続柄

このことについて、次の理由により受給者証の再交付を申請します。

<table>
<tr><td colspan="2">公費負担医療の受給者番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>受　　療
医療機関</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>(届出事項)
再交付の
理　　由
(該当する番号に
○を付して下さい)</td><td colspan="4">1　破損　　2　汚損　　3　紛失　　4　その他（　　）
紛失の理由
（　　）</td></tr>
<tr><td>備　　考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>