

ウイルス性肝炎進行防止対策（肝炎治療特別促進事業）
医療受給者証再発行申請書

年	月	日
---	---	---

北海道知事 様

次の理由により医療受給者証の再発行を申請します。

1 受給者

フリガナ							
氏名							
受給者番号							

2 申請者 ※受給者本人の場合は記入不要

フリガナ			
氏名			
受給者から みた続柄	配偶者・子・その他（ ）		

3 理由

受 給 者 証 貼 付 欄	<div style="border: 1px dashed black; padding: 20px; width: fit-content; margin: auto;"> 汚損・破損した受給者証 を貼り付けてください </div>
---------------------------------	--