様式 6

千葉県肝炎治療受給者証再交付申請書

年　　月　　日

千葉県知事　様

申請者住所　〒　　－

申請者氏名　　㊞

（自署の場合は押印不要）

千葉県肝炎治療受給者証について、下記の理由により受給者証の再交付申請をします。

1 再発行理由 **（いずれかにチェック）**	□ 汚損　□ 破損　□ 紛失 □ その他（　　）
2 受給者番号	
3 受給者氏名	
4 受給者生年月日	年　　月　　日
5 受給者住所	〒　　－ □ 同上　□ その他：
6 受給者証の送付先住所 **（いずれかにチェック）**	□ 申請者住所に発送 □ 受給者住所に発送（申請者住所と同じ場合、申請者住所をチェックしてください） □ 管轄の健康福祉センター・保健所等に発送 □ 別住所に発送（発送希望住所を下記に記載してください。） 〒　　－ 氏　名 （受給者との関係）
7 有効期限	年　　月　　日　から 年　　月　　日　まで
8 病名 **（いずれかにチェック）**	B 型肝炎ウイルス （□慢性肝炎、□代償性肝硬変、□非代償性肝硬変） C 型肝炎ウイルス （□慢性肝炎、□代償性肝硬変、□非代償性肝硬変）
9 月額自己負担限度額 **（いずれかにチェック）**	□ １０，０００円　　□ ２０，０００円

※受給者証が再交付されるまでは、保健所受付印が押印されている場合のみ、受給者証の代わりとして利用できます。

医療機関の窓口で提示し、再発行の手続き中である旨説明してください。

なお、受給者証の再発行時に受給者証と引き換えに本状は保健所へ返還してください。