

(様式第4号)

肝炎治療受給者証交付申請書（変更）		1 医療機関等追加 2 医療機関等変更
受給者番号		
受給者	(ふりがな) 氏名	性別 男 女
	生年月日	年 月 日
	住所	〒 (電話)
病名		
追加 関 す 又 る は 保 険 医 薬 療 局	名称	
	所在地	
	名称	
	所在地	
肝炎治療受給者証について、上記のとおり医療機関等の変更を申請します。		
申請者氏名		印
年 月 日		(直筆の場合は、押印省略可)
鳥取県 総合事務所長 鳥取市保健所長 様		