

(別紙様式 6 号)

肝炎治療受給者証交付申請書 (転入者用)					
申請者	ふりがな 氏 名			性 別	男 女
	生年月日	年 月 日		職 業	
	住 所	(電話)			
	加 入 医 療 保 険	被保険者氏名		受給者との 続 柄	
	保 険 種 別	協・組・船・共・国・後	被保険者証の 記 号・番 号		
病 名					
医療 機 関	名称				
	所在地				
	名称				
	所在地				
宮崎県においても継続して受給者証の交付を受けたいので申請します。					
申請者氏名 印					
年 月 日					
宮崎県知事 殿					