

(別紙様式7)

<b>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証再交付申請書</b>												
<b>申請者</b> (医療の給付を受けようとする者)	ふりがな 氏 名							性 別	男・女			
	生年月日	年 月 日										
	住 所	(電 話)										
	個 人 番 号											
	加入医療保険	被 保 険 者 氏 名						申請者との続柄				
		保 険 種 別	協・組・共・国・後				被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号					
保 険 者 番 号												
病 名												
本 助 成 制 度 利 用 歴	1. あり                      2. なし 公費負担者番号・受給者番号 (                      .                      ) 有効期間 (             年     月     日～             年     月     日 )											
再交付の理由	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他 (                      )											
上記の理由により、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の再交付を申請します。												
申請者氏名							印					
(代理人の場合は代理人の氏名の記載と押印)												
年   月   日												
宮崎県知事 殿												