

肝炎治療受給者証交付申請書(転入者用)					
<input type="checkbox"/> インターフェロン治療(新規・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> 核酸アナログ製剤治療(新規・更新)					
<input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療(新規・再治療)					
申請者	フリガナ氏名	(歳)	性別	男 女	
	生年月日	年 月 日			
	住所	〒 (電話)			
	医療加保入 険	被保険者氏名			
保健種別		国保・後期高齢・被用者(本人)・被用者(家族)			
病名					
転入日					
転入前の有効期限					
転入前の住所					
又は 保 険 医 保 健 薬 機 局 関	名称				
	所在地				
	名称				
	所在地				
<p>引き続き治療を継続しますので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">沖縄県知事 殿</p>					

この申請書に、住民票抄本の写し、転出した都道府県の肝炎治療受給者証の写しを添付してください。
申請に係る書類に個人番号(マイナンバー)が記載されている場合は受付できませんのでご注意ください