（様式第14号）

特定Ｂ型肝炎ウイルス感染者定期検査費等受給者証等再交付申請書

受給者	公費負担医療の受給者番号								
	フリガナ		男・女	生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日				
	氏名								
再交付を申請するもの	◎ 再交付を申請するものに〇を付けてください 1．受給者証及び受診票 2．受給者証のみ 3．受診票のみ								
申請理由	◎ 該当する申請理由に〇を付けてください 1．紛失したため 2．破損又は汚損したため 3．その他（理由を記入してください。） （　　）								

上記のとおり特定B型肝炎ウイルス感染者定期検査費等受給者証等の再交付を申請します。

令 和　　年　　月　　日

住 所　（〒　　－　　）

氏 名

電話番号（　　－　　－　　）

社会保険診療報酬支払基金理事長　殿

※ 受給者証を破損又は汚損した場合、本申請書に当該受給者証を添えて提出してください。
※ 受給者証を紛失した場合、その受給者証を発見したときは、速やかに返還してください。
※ 本申請書が、社会保険診療報酬支払基金 事業資金管理部　給付金企画管理課へ到着後、2週間程度で再交付いたします。