|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （様式第１号） | | | | 受給者番号 |  | |  |  |  | | |  |  |  |
| 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（　新規 ・ 更新 ・ 変更　）  交付申請書 | | | | | | | | | | | | | | |
| 申 請 者（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　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 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  （名称） |  | | | | | | | | | | | |
| 病　　　名 | | □肝がん（Ｂ型肝炎ウイルスによる） □非代償性肝硬変（Ｂ型肝炎ウイルスによる）  □肝がん（Ｃ型肝炎ウイルスによる） □非代償性肝硬変（Ｃ型肝炎ウイルスによる） | | | | | | | | | | | | |
| 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） | | | | | | | | | | | | |
| 核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付の有無 | | 現在、核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付を  １．受けている。  交付を受けている場合は、申請月以前の24月以内の「肝炎治療自己負担限度月額管理票」の写しを添付すること。  ２．受けていない。 | | | | | | | | | | | | |
| 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について説明を受け、本事業の趣旨を理解し、同意するので、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の（ 新規・更新・変更 ）交付を申請します。  申請者氏名  （代理人の場合は代理人の氏名を記載）  　　　　年　　月　　日  福井県知事　様 | | | | | | | | | | | | | | |

※参加者証の交付後に申請内容に変更があった場合は、変更箇所を交付申請書に記載し、参加者証および変更箇所に係る関係書類を添えて提出すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 受付保健所名 | １福井　２坂井　３奥越　４丹南　５二州　６若狭　7福井市 |
| 参加者証の有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |