|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （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 |