

(別紙様式 1)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（新規 ・ 更新）

交付申請書

|                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        |                                                                                                                                                              |           |  |  |  |         |  |    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--|--|--|---------|--|----|-----|
| 申請者<br>（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   | <div></div>                                                                                                                                                  |           |  |  |  |         |  |    |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 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 |  |  |  | 記号・番号   |  |    |     |
| 保険者番号                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |                                                                                                                                                              |           |  |  |  |         |  |    |     |
| 病名                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                                                                                                                              |           |  |  |  |         |  |    |     |
| 本助成制度<br>利用歴                                                                                                                                                                                                                                                                     |        | １．あり                          ２．なし<br>公費負担者番号・受給者番号（                      ）<br>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<br><div>１．受けている。                      <div>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。</div><div>２．受けていない。</div></div> |           |  |  |  |         |  |    |     |
| <p>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）交付を申請します。<br/>また、医療費の支給を受けるに当たり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、岐阜県が私の加入する医療保険者に報告を求め、提供をうけることに同意します。</p> <div><div>申請者氏名</div><div>(代理人の場合は代理人の氏名を記載)</div><div>年　月　日</div><div>岐阜県知事様</div></div> |        |                                                                                                                                                              |           |  |  |  |         |  |    |     |

※参加証の交付後に申請内容に変更があった場合は、変更箇所を別紙様式 10「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証記載事項変更届」に記載し、参加証及び変更箇所について確認できる関係書類を添えて提出すること。