様式第１－１

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請書　（　新規　・　２回目　・　３回目　）

対象患者（受給者）	ふりがな			性　別	男　・　女
	氏　名				
	生年月日	年　　月　　日　生			
	住　所	〒　　－　　（電話　　－　　－　　）			
	加入医療保険種別	被保険者氏名		申請者との続柄	
		保険種別	協・組・共・国・後・その他（　　）	記号・番号	
		保険者名			
		所在地			
病　名					
本助成制度利用歴		１．あり　　２．なし 受給者番号（　　） 有効期間　（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）			
受療医療機関・薬局	名　称				
	所在地				
	名　称				
	所在地				

インターフェロン治療の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の交付を申請します。

年　　月　　日

申請者氏名

（代理申請の場合は受給者との続柄　　）

岐阜県知事　　様

※　本事業において助成を受けることができるのは、認定基準を満たした場合に限られますので、申請に当たっては主治医等とよく御相談ください。

＜肝炎インターフェロン治療効果判定報告書について＞

肝炎治療特別促進事業は、早期治療の観点からインターフェロン治療に係る医療費の自己負担分を公費で補助する制度です。本制度においては、今後の肝炎対策の基礎資料とする目的で、インターフェロン治療の終了日から概ね６か月を経過した後、県への肝炎インターフェロン治療効果判定報告書の提出を、診断書を作成した医療機関に対して求めております。

この報告書の使用に当たっては、プライバシーの保護に十分配慮し、肝炎総合対策を推進する目的以外に使用することはありません。記載された内容は匿名化処理をされた上で、厚生労働省肝炎等克服緊急対策研究事業研究班が取りまとめを行います。

※　保健所使用欄　（申請者は記入しないでください）
特記事項等　　除外申請　　有　・　無

※　審査欄　（申請者は記入しないでください）
階層区分　　甲　・　乙