|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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（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 | | 年　　齢 |  |
| 住　　　所 | （〒　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　） | | | |
| 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 |  | | |
| 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　） | | | |
| 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  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。  １．受けている。  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　）交付を申請します。  年　　　月　　　日  申請者氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　（代理人の場合は代理人の氏名を記載してください。 ）  □　上記の者を代理人と定め、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 ）  交付申請に係る手続きを委任します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　委任者（患者）氏名  香川県知事　　　　殿 | | | | | |

（様式１－１）