|  |
| --- |
| **肝がん・重度肝硬変治療特別促進事業参加者証****（　新規　・　更新　・　転入　）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 | 記号・番号 |  |
| 保険者番号 |  |
| 病　　　　名 | 該当するすべての項目にチェックを入れてください。□肝がん　　　　　　　　　　 （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）□重度肝硬変（非代償性肝硬変）（Ｂ型肝炎ウイルスによる）□重度肝硬変（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・重度肝硬変治療特別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・重度肝硬変治療特別促進事業参加者証の（　新規 ・ 更新 ・ 転入　）交付を申請します。申請者氏名（押印不要、代理人の場合は代理人の氏名を記載）　年　　月　　日山口県知事　様 |