

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。 <input type="checkbox"/> 肝がん (B型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 肝がん (C型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 重度肝硬変 (非代償性肝硬変) (B型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 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 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。			
世帯員調査書 兼同意書の提出	1. あり (<input type="checkbox"/> 今回の申請で添付 <input type="checkbox"/> 以前添付済みのため不要) 2. なし			
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。 <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">(押印不要、代理人の場合は代理人の氏名を記載)</p> <p>年 月 日</p> <p>山口県知事 様</p>				