

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）有効期間延長申請書

（申請者記載欄）

※ 以下の項目すべてに記入してください。

ふりがな 受給者氏名			性 別	生年月日（年齢）					
			男 女	明・大 昭・平	年	月	日生	（満 歳）	
現住所	郵便番号								
	電話番号（ ）								
現在交付されて いる受給者証	公費負担者番号	3	8	3	5	6	0	1	0
	受給者番号								
※受給者証を確 認の上、ご記入 ください。	現行有効期間	開 始	年 月 日						
		終 了	年 月 日						
	自己負担限度額	1万円 ・ 2万円							
山口県知事 様 私は、インターフェロン投与インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える可能性があるため、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の有効期間延長を申請します。 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日</div> 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）									

（担当医師記載欄）

上記の申請者について、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の予定期間を超える（計2か月までの延長）可能性があるため、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の有効期間延長が必要であると判断する。 （有効期間延長が必要となる理由）	
<input type="checkbox"/> 治療開始の遅れによる。 <div style="float: right; margin-right: 20px;"> （当初の開始予定： 年 月 日） （実際の開始日： 年 月 日） </div>	
<input type="checkbox"/> 副作用等によりインターフェロン投与を一時中断したことによる。 （中断期間： 年 月 日 ~ 年 月 日）	
記 載 年 月 日	年 月 日
医 療 機 関 名 及 び 所 在 地	〒
担 当 医 師 氏 名	

※ なお、副作用等の要因やインターフェロン中断期間中の公費請求状況について、県健康増進課から医療機関または担当医師の方に確認の連絡をすることがありますので御了承ください。

- （注）
- 1 本申請書は住所地を管轄する保健所（下関市の場合は、下関市立下関保健所）に提出してください。
 - 2 現在交付されている受給者証及び管理票のすべての月の写しを添付してください。（申請時、受給者証を提示してください。）
 - 4 延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。
 - 5 記載もれがある場合等は、認定されないことがありますので、ご注意ください。
 - 6 この申請が行える期間は、現在お持ちの受給者証の有効期間が終了する日までです。有効期間が終了した後の申請はできませんので、ご注意ください。

申請者は下記には記入しないでください。

経 由 保 健 所 （健康福祉センター）		受 付 年 月 日	年 月 日
本課記載欄	健康増進課到達日： 年 月 日		