|  |
| --- |
| **肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証交付申請書****（　新規　・　更新　）** |
| 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　　　　　　　　　　　） |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 加入医療保険 | 被保険者氏名 |  | 申請者との続柄 |  |
| 保険種別 | 協会・組合・船員・共済国保（ 組合 ・ 一般 ）・後期 | 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 |
| 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）富山県知事　殿 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※　受給開始月 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

※太枠欄は、厚生センター（支所）、富山市保健所で記入。