|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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・退職）・後期 | | | | | | | 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  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。