

(副作用等延長用)

**肝炎受給者証有効期間延長申請書** (インターフェロン治療)

申請者	ふりがな 氏名	(印)	性別	男	女								
	生年月日	明昭 大平	年	月	日								
	住所	〒 — (電話 — — )											
	現行有効期間 (開始) :	平成	年	月	日								
	(終了) :	平成	年	月	日								
		受給者番号 :	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										

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、肝炎治療受給者証の有効期間延長を申請します。

平成 年 月 日

石川県知事 谷本正憲 殿

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、当初の治療予定期間を超える（合計2か月までの延長）可能性があるため、肝炎治療受給者証の有効期間延長が必要であると判断する。

※申請者が受けている治療がテラプレビルを含む3剤併用療法（24週）の場合、担当医師は以下の項目にチェックしてください。有効期間延長の認定にはチェックが入っていることが必要です。

治療実施医療機関は、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤し、日本皮膚科学会認定専門医主研修施設又は研修施設に勤務する皮膚科専門医と連携している。

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名及び所在地

医師氏名

(署名又は押印)

(注) なお、副作用等の要因について、石川県担当者より確認の連絡をさせていただくことがありますのでご了承ください。

**【申請にあたっての注意事項】**

- 1 延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。
- 2 インターフェロン投与期間を72週に延長される方は、別途、様式7も提出してください。
- 3 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。