

(別紙様式1)

受給者番号(※1)

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・再交付・転入)					
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		年齢 歳	
	住民票上の住所 (送付先が異なる場合は括弧内に記入すること)	〒 — (電話番号 — —) (〒 —) 氏名: _____ 電話番号: _____			
	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					
被保険者証発行機関					
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。 }				
石川県知事 様 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)					

※受給者番号については、更新又は再交付の場合のみ記入してください。