|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証**  **（　新規　・　更新　・　変更　）交付申請書** | | | | | | | | |
| 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・組・  共・国・後 | 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  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。  １．受けている。  ２．受けていない。 | | | | | | |
| 福岡県肝がん・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、福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の（　新規 ･ 更新・変更　）交付を申請します。  申請者氏名  （代理人の場合は代理人の氏名を記載）  年　　月　　日  福岡県知事　殿 | | | | | | | | |

様式第１号

※参加者証の交付後に申請内容に変更があった場合は、変更箇所を交付申請書に記載し、参加者証及び変更箇所にかかる関係書類等を添えて、保健所を経由し、知事に提出すること。