

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 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。				

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

※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。