（別紙様式１）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 　　　　　　 ） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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・組・共・国・後 | | | | | 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） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　･　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の記載と押印）  年 月 日  高知県知事 様 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※参加者証の交付後に申請内容に変更があった場合は、知事に、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を添えて提出すること。