

別記

第1号様式（第6関係）

肝炎インターフェロン治療受給者証（3剤併用療法を除く。）交付申請書（新規）				
申請者 （患者）	ふりがな 氏名		性別	男 女
	生年月日	年 月 日	職業	
	住所	〒 (電話)		
	加入 医療 保険	被保険者氏名	患者との 続 柄	
	保険種別	協・組・共・国・後	被保険者証の 記号・番号	
	被保険者証 発行機関名			
	所在地			
病名				
保険医療機関	名称	所在地		
情報提供の同意欄	治療経過及び結果等の情報（氏名、住所等個人が特定される情報を除きます。）について、必要に応じて、高知県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて (いずれかに○をお願いします。) 同意します 同意しません			
インターフェロン治療の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎インターフェロン治療受給者証の交付を申請します。				
申請者（患者） 氏名				
年 月 日				
高知県知事様				
				受付印

(注)助成を受けることができるのは、別添1の認定基準を満たした場合に限られますので、申請の際には主治医とよくご相談ください。

添付書類 ①診断書 ②被保険証の写し ③世帯全員の住民票（続柄が記載されたもの）
④世帯全員の市町村民税課税証明書