

第1号様式の2（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（2回目以降の制度利用）				
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				
本助成制度利用歴	1 あり 2 なし 受給者証番号 ( ) 有効期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )			
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