

第1号様式の4（第6関係）

肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証交付申請書（更新）				
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			
核酸アナログ製剤治療の効果・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、肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の更新を申請します。				
申請者（患者）氏名				
年 月 日				
高知県知事様				受付印

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