

第1号様式の5 (第6関係)

肝炎インターフェロン治療受給者証 (プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法) 交付申請書					
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