第１号様式の５（第６関係）

# 肝炎インターフェロンフリー治療受給者証交付申請書(新規・再治療)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 申請者（患者） | ふりがな<br>氏　　名 | | | 性　　別 | 男　　女 |
| | 生年月日 | 年　　月　　日 | | 職　　業 | |
| | 住　　所 | 〒<br>（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 | 記号・番号 | |
| | | 保険者名 | | | |
| | | 所在地 | | | |
| 病　　名 | | | | | |
| 本助成制度利用歴 | | １　あり　　２　なし<br>受給者証番号（　　）<br>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<br>（いずれかに○をお願いします。）　　同意します　　同意しません |

インターフェロンフリー治療の効果・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フリー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医療保険の資格情報が確認できる書類（資格確認書等）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