第１号様式の３（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（新規）

<table>
<tr><td rowspan="6">申請者（患者）</td><td>ふりがな
氏　　名</td><td colspan="3"></td><td>性　　別</td><td>男　　女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td><td>職　　業</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5">〒
（電話　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">加　入
医　療
保　険</td><td>被保険者氏名</td><td colspan="2"></td><td>患者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>保険種別</td><td>協・組・共・国・後</td><td>記号・番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>保険者名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">病　　名</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

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新規交付を申請します。

申請者（患者）　氏　名

年　　月　　日

高知県知事　様

受付印	

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