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　　）										
	個人番号											
	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 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