

肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証交付申請書 (新規)												
申請者	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											
(患者)	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												
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。） <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 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