

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 (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					
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