

(様式1)

千葉県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証 (新規 ・ 更新) 交付申請書				
申請者 (医療の給付を受けようとする者)	フリガナ 氏 名			性 別 男・女
	生年月日	年 月 日		
	住 所	(〒 -) (電話)		
	加入医療保険	被 保 険 者 氏 名		
保 険 種 別		協・組・共・国・後		被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号
保 険 者 番 号				
病 名	<input type="checkbox"/> 肝がん (B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 重度肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる)			
認定結果を上記宛先に県庁から直接郵送することを希望しますか。 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> なお、希望しない場合は、保健所まで認定結果を取りに来ていただくこととなります。				
肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の給付を受けるに当たり必要な場合は、申請者の医療保険上の所得区分に関する情報を、千葉県が申請者の加入する医療保険者に報告を求めることについて <input type="checkbox"/> 同意する ※給付を受ける場合は同意が必要となります。				
本 助 成 制 度 利 用 歴	1 あり 2 なし 公費負担者番号・受給者番号 (.) 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)			
核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付の有無	現在、核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付を 1 受けている。 2 受けていない。 交付を受けている場合は、申請月以前の12月以内の「肝炎治療自己負担限度月額管理票」の写しを添付すること。			
肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について説明を受け、本事業の趣旨を理解し、同意するので、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の (新規 ・ 更新) 交付を申請します。				
年 月 日 届出者 住所 氏名 対象者との続柄 () (代理人の場合は代理人の氏名を記載)				
千葉県知事 様				

(様式1)

別に郵送先を指定する場合は、下記に記入してください。(申請窓口での受取は窓口住所)
下記に記入がない場合は、申請者の住所への郵送となります。

カナ氏名													申請者との続柄									
漢字氏名																						
住 所	郵便番号						市町村名			電 話 番 号												
				—																		
	字・番地																					
	方書 (アパート、〇〇方)																					