

別紙様式第 1 号

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）	ふりがな 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		申 請 者 と の 続 柄
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				
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。    [ 交付を受けている場合は、申請月以前の24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。 ] 2. 受けていない。		
<p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">（代理人の場合は代理人の氏名を記載）</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20%;">年 月 日</p> <p style="text-align: left; margin-left: 20%;">山形県知事 殿</p>				