

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		申請者の 続柄		
		保険種別	協・組・共・国・後	記号・番号		
		保　險　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。				
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。 申請者氏名 （代理人の場合は代理人の氏名を記載） 年　月　日 山形県知事　殿						