

(別紙様式5)

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			
	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・船	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。 2.受けていない。 <small>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。</small>			
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 熊本県知事 様				

参加者証の交付後に申請内容に変更があった場合は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証申請事項変更届(別紙様式9)に必要な添付書類を添えて速やかに提出すること。