|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **肝がん・重度肝硬変治療特別促進事業参加者証**  **（　新規　・　更新　・　転入　）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 | | 該当するすべての項目にチェックを入れてください。  □肝がん　　　　　　　　　　 （Ｂ型肝炎ウイルスによる）  □肝がん　　　　　　　　　　 （Ｃ型肝炎ウイルスによる）  □重度肝硬変（非代償性肝硬変）（Ｂ型肝炎ウイルスによる）  □重度肝硬変（非代償性肝硬変）（Ｃ型肝炎ウイルスによる） | | | | | |
| 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  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。  １．受けている。  ２．受けていない。 | | | | | |
| 肝がん・重度肝硬変治療特別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・重度肝硬変治療特別促進事業参加者証の（　新規 ・ 更新 ・ 転入　）交付を申請します。  申請者氏名  （押印不要、代理人の場合は代理人の氏名を記載）  年　　月　　日  山口県知事　様 | | | | | | | |