

(様式第1号)

肝炎治療受給者証 (新規 更新 交付申請書)			
(インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・ 核酸アナログ製剤治療)			
患者	ふりがな	えひめ たろう	
	氏名	愛媛 太郎	
	生年月日	昭和 45 年 4 月 1 日	
住	所	〒 790-8570	
		松山市一番町四丁目4番地2 (電話 089-941-2111)	
病名	<input checked="" type="checkbox"/> 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)		
申請する病名に <input checked="" type="checkbox"/> チェックを してください			
本助成制度 利用歴	1 あり 2 なし 受給者証番号 (4000000) 有効期間 (R7年 4月 1日 ~ R8年 3月 31日)		
保険 医療 機関	名称	愛媛県立〇〇病院	所在地 松山市
	名称		所在地
	名称		所在地
愛媛県知事 様			
(インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・ 核酸アナログ製剤治療) の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。			
R〇年 〇月 〇日 申請者 (患者) 氏名 愛媛 太郎			
【申請の委任について】			
申請を代理人に委任する場合は、 <input type="checkbox"/> にチェックを入れ、代理人の氏名を記入すること。			
<input type="checkbox"/> 申請に際し、下記の者を代理人として委任します。			
代理人 氏名	(申請者 (患者) との続柄 :)		
住所	〒	代理人の方が窓口に来られる場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> をつけ、 代理人の氏名・申請者との続柄・住所・電話番号を 記載してください。	
電話番号			

(注) 助成を受けることができるのは、裏面の認定基準を満たした場合に限られますので、申請に当たっては主治医等とよく御相談ください。