

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		性別	男 女
	氏名	愛媛 太郎			
	生年月日	昭和 42年 4月 1日			
	住所	〒790-8570 松山市一番町四丁目4-2 (電話 089-941-2111)			
加 入 医 療 保 険	被保険者氏名	愛媛 太郎	患者との続柄	本人	
	保険種別	協 組・船・共・国・後			
	被保険者証の記号・番号	1234-567			
	被保険者証発行機関名	〇〇 〇〇			
病名 申請する病名に ☑チェックを してください	<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)				
本助成制度 利用歴	1 あり 2 なし 受給者証番号 () 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)				
保 険 医 療 機 関	名称	〇〇病院	所在地	松山市	
	名称		所在地		
	名称		所在地		
<p>(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 (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 (新規・更新) 交付を申請します。</p> <p>申請者 住所 〒 (患者本人の場合、住所・電話番号は省略可) 氏名 えひめ たろう 愛媛太郎 印 患者との続柄 (本人) (電話)</p> <p>令和〇〇年〇〇月〇〇日 愛媛県知事 様</p>					

(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。