

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証交付申請書
(新規 ・ 更新 ・ 再交付 ・ 転入)

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	年齢	歳
	住民票上の住所 (送付先が異なる場合は括弧内に記入すること)	〒 — (電話番号 — —) (〒 —) 氏名: _____ 電話番号: — —		
本 助 成 制 度 利 用 歴		1. あり 2. なし		
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。		
石川県知事 様 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交付を申請します。 年 月 日 申請者氏名 (代理人の場合は代理人の氏名を記載)				

<必要書類チェック欄>

新規

☐ 本申請書

☐ 医療保険の資格情報が確認できる資料 (被保険者証の写し等、本人分)

☐ 臨床調査個人票及び同意書 (原本)

☐ 医療記録票 (写し) ※所得区分が記載されていない場合は、限度額適用認定証などの所得区分が分かる資料も必要

☐ 住民票 (原本) ※所得区分が一般区分の方は世帯全員分、その他の方は本人分だけでも可

更新

年齢や医療保険によって異なるため、県から送付される更新案内をご参照ください。

再交付

☐ 本申請書

転入

☐ 本申請書

☐ 転入前に交付されていた参加者証 (写しでも可)

☐ 医療保険の資格情報が確認できる資料 (被保険者証の写し等、本人分)

☐ 住民票 (原本) ※所得区分が一般区分の方は世帯全員分、その他の方は本人分だけでも可