（様式第１号）

受給者番号							

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（　新規　・　更新　・　変更　）
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　　）			
	個人番号				
	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（名称）			
病　　名		□肝がん（B型肝炎ウイルスによる）　□非代償性肝硬変（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）　□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 １．受けている。 ２．受けていない。 （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。）			

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・変更 ）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

福井県知事　様

※個人番号は、国保組合の被保険者が更新申請する場合以外は記入不要

※参加者証の交付後に申請内容に変更があった場合は、変更箇所を交付申請書に記載し、参加者証および変更箇所に係る関係書類を添えて提出すること。

受付保健所名	１福井　２坂井　３奥越　４丹南　５二州　６若狭　７福井市
参加者証の有効期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日