

(様式1-4)

肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）更新申請書						
申 請 者	氏 ^り が ^な 名				性別	男・女
	生年月日	年 月 日	年齢		職業	
	住所	(〒) (電話番号)				
	加入 医療 保険	被保険者氏名			受給者との 続 柄	
保 険 種 別		協・組・共・国・後		被保険者証の 記号・番号		
被保険者証 発行機関名						
所 在 地						
病 名						
本助成制度 利 用 歴	1. あり 2. なし 受給者番号 () 有効期限 (年 月 日 ~ 年 月 日)					
保険医療機関の 名 称						
所 在 地						
保険薬局の 名 称						
所 在 地						
保険薬局の 名 称						
所 在 地						
上記以外に追加される 医療機関又は保険薬局						
情 報 提供の 同意欄	公費負担(肝炎治療特別促進事業)によって受けた肝疾患治療に係る治療経過及び結果について必要に応じて、香川県が診断書作成医療機関から情報収集するとともに厚生労働省等へ情報提供し、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて、 (いずれかに○をお願いします。) 同意します 同意しません					
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（核酸アナログ製剤治療）の更新を申請します。 年 月 日 申請者氏名 保護者名 (未成年者の場合は保護者も署名してください。) 香川県知事 殿						

(注) 助成を受けることができるのは、別添1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ご相談してください。