（様式1－1）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（　新規　・　更新　）交付申請書

<table>
<tr><td rowspan="7">申請者（医療の給付を受けようとする者）</td><td>ふりがな
氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>性　別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>年　齢</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4">（〒　　）
（電話番号　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">加入医療保険</td><td>被保険者氏名</td><td></td><td>申請者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>保険種別</td><td>協・組・共・国・後</td><td>被保険者証の記号・番号</td><td></td></tr>
<tr><td>保険者番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">病　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">本助成制度利用歴</td><td colspan="3">1　あり　　2　なし
受給者番号（　　）
有効期間（　　年　月　日～　　年　月　日）</td></tr>
<tr><td colspan="2">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</td><td colspan="3">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。）</td></tr>
</table>

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　）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してください。）

□　上記の者を代理人と定め、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 ）交付申請に係る手続きを委任します。

委任者（患者）氏名

香川県知事　　殿