

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業
 (愛知県肝がん・重度肝硬変患者医療給付事業)参加者証交付申請書 (新規・更新)

愛 知 県 知 事 殿

申請者
 〒
 住所

氏名

記

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業(愛知県肝がん・重度肝硬変患者医療給付事業)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(愛知県肝がん・重度肝硬変患者医療給付事業)参加者証の(新規・更新)交付を申請します。

区分	※※受給者番号	※※通知番号	令和 年 月 日			
1	第 ー		申請日			
申請者シメイ		対象者との続柄	電話番号			
対象者	フリガナ	生年月日	性別			
	氏名	病名	1 2 3 4 5 年 月 日 1 2 男女			
	フリガナ	市区町村名	番地			
	住所 (県名は除く)	方書(マンション名)				
郵便番号	事業申請期間	職業				
本助成制度利用歴	1 あり	2 なし	1ありの場合有効期間			
加入医療保険	保険種別	1 協	2 組	3 共	4 国	5 後期高齢
	記号番号	被保険者コード番号				
	被保険者氏名	被保険者証発行機関名称				
	適用区分	1 (Ⅰ 69歳以下)	2 (Ⅱ 69歳以下)	3 (Ⅲ 一般 70歳以上)	4 (Ⅳ 住民税非課税 70歳以上)	5 (Ⅴ 住民税非課税 70歳以上)
臨床調査個人票記載医療機関	名称	医療機関コード番号				
	所在地					
核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者票の交付の有無	現在、核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者票の交付を 1.受けている 2.受けていない ※【1.受けている】の場合は、申請月以前の24月以内の「自己負担限度月額管理票」のの写しを添付すること。					

受付欄	※ 保健所受付印・受付番号	※ 経由印・経由年月日	※※ 県 受 付 印
	保第	年 月 日	
	保健所(保健センター)コード番号		