様式第１号－１

肝がん・重度肝硬変治療特別促進事業参加者証
（　新規　・　更新　・　転入　）交付申請書

<table>
<tr><td rowspan="5">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="3"></td><td>性　別</td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">年　月　日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5">〒　（電話　）</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 colspan="2"></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 colspan="2"></td></tr>
<tr><td>保険者番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">病　名</td><td colspan="5">該当するすべての項目にチェックを入れてください。
□肝がん　（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）
□重度肝硬変（非代償性肝硬変）（Ｂ型肝炎ウイルスによる）
□重度肝硬変（非代償性肝硬変）（Ｃ型肝炎ウイルスによる）</td></tr>
<tr><td colspan="2">本助成制度利用歴</td><td colspan="5">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）</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="5">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・重度肝硬変治療特別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・重度肝硬変治療特別促進事業参加者証の（　新規　・　更新　・　転入　）交付を申請します。

申請者氏名

（押印不要、代理人の場合は代理人の氏名を記載）

年　月　日

山口県知事　様