

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証再交付申請書

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												
病名												
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)											
再交付の理由	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他 ()											
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。											
上記の理由により、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の再交付を申請します。												
申請者氏名 (代理人の場合は代理人の氏名を記載)												
年 月 日												
宮崎県知事 殿												