

(別紙様式1-1号)

肝炎治療受給者証交付申請書 (新規・更新)				
(インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療)				
申請者	ふりがな 氏名		性別	男 女
	生年月日	年 月 日	職業	
	住所	(電話)		
	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・船・共・国・後	被保険者証 の記号・番号	
被保険者証 発行機関名				
病名				
保険医療 機関	名称			
	所在地			
	名称			
	所在地			
(インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・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、肝炎治療受給者証の交付を申請します。				
申請者氏名 年 月 日				
宮崎県知事 殿				
【治療研究事業に係る申請者同意欄】 当該公費負担医療（インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療）に係る治療の経過及び結果について、治療を実施する医療機関から宮崎県へ報告されることについて同意します。				
申請者氏名				
※ 上記の報告は、今後の医療政策の検討に反映させることを目的としています。 ※ 個人が識別される情報の公表等を行いません。				

階層区分	階層
------	----