

(副作用等延長用)

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）有効期間延長申請書

(申請者記載欄)

宮崎県知事 殿

私は、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える可能性があるため、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の有効期間延長を申請します。

※ 以下の項目にすべて記入の上、署名してください。

記載年月日 年 月 日

申請者氏名(フリガナ) _____ ()

性別 男・女

生年月日 年 月 日生 (満 歳)

現住所 〒 -

電話番号 ()

※ お手持ちの肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）を確認の上、ご記入ください。

受給者番号()

現行有効期間(年 月 日～ 年 月 日)

(担当医記載欄)

申請者(_____ :フリガナ _____)について、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える（計2か月までの延長）可能性があるため、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の有効期間延長が必要であると判断する。

記載年月日 年 月 日

医療機関名

その所在地 〒 -

担当医師名

(注) なお、副作用等の要因について、確認の連絡をさせていただくことがありますのでご了承ください。

注1) 延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。

2) 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。