様式第1号

福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証
（　新規　・　更新　・　変更　）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 rowspan="2">性　　別</td><td rowspan="2">男・女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5">〒　　－
（電話番号）（　　）　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="3">加入医療保険</td><td>被保険者氏名</td><td colspan="2"></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="3"></td></tr>
<tr><td>保険者番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">病　　名</td><td colspan="5"></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12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>

福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究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、福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の（　新規　・　更新・変更　）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

福岡県知事　殿

※参加者証の交付後に申請内容に変更があった場合は、変更箇所を交付申請書に記載し、参加者証及び変更箇所にかかる関係書類を添えて、保健所を経由し、知事に提出すること。