

(別紙様式 1)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証 (新規 ・ 更新) 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 1) (電話 2)		
	加入医療保険	被 保 険 者 氏 名		申 請 者 の 続 柄
保 険 種 別		協・組・共・国・後	記 号 ・ 番 号	
保 険 者 番 号				
病 名	①肝がん ②重度肝硬変 ③併発			
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)			
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。 [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。] 2. 受けていない。			
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、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) 交付を申請します。 <p style="text-align: center;">申請者氏名 _____ (代理人の場合は代理人の氏名を記載)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">群馬県知事 あて</p>				

※ 電話番号は、本人携帯番号の他に固定電話又は御家族の電話番号を記入してください。