

肝炎治療受給者証交付申請書 (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) ()内 いずれかを囲む						
申 請 者	ふりがな				性 別	男 ・ 女
	氏 名					
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)			職 業	
	住 所	〒 電話番号				
	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		記 号 ・ 番 号	
保 険 者 名						
病 名						
認定の有効期間 (1 年) の開始日		年 月の初日		* 認定の開始日は「申請書の受理日の属する月の初日」から「診断書が作成された日の属する月の翌々翌月」までのいずれかの月の初日のうち、申請者が指定した月の初日となります。		
保 又 険 は 医 保 療 険 機 薬 関 局	① 名 称			所在地		
	② 名 称			所在地		
	③ 名 称			所在地		
	④ 名 称			所在地		
	⑤ 名 称			所在地		
【本助成制度利用歴】 1. あり 2. なし ※ありの場合、おわかりであれば受給者番号と延長を含む受給期間をご記入下さい						
受給者番号				受給期間		
				年 月 日 ~ 年 月 日		
(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(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(新規・更新) 交付を申請します。()内 いずれかを囲んで下さい 申請者氏名 年 月 日 山形県知事 殿						
肝炎治療特別促進事業の研究利用についての同意(任意)		肝炎治療特別促進事業は、B型慢性肝疾患又はC型慢性肝疾患を発症している者の医療費の軽減を図る為、インターフェロン等の治療費の一部を公費で助成する制度です。肝炎治療に係る治療経過及び結果について、治療医療機関から県に対して報告されることに同意して頂ける場合は「同意します」に、されない場合は「同意しません」にチェックをお願い致します。 研究利用(治療効果判定報告書)に <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。				
< 治療効果判定報告書の取扱いについて > ・この報告書に記載された内容は、厚生労働省肝炎等克服政策研究事業の研究班及び独立行政法人国立国際医療センターの肝炎情報センターが中心となる研究班が取りまとめを行います。 ・この報告書に記載された内容の使用に当たっては、プライバシーの保護に十分配慮し、肝炎総合対策を推進する目的以外に使用することはありません。また、個人が識別される情報の公表等はい行いません。 ・この同意については、同意した後でもいつでも撤回は可能です。						

(注) 助成を受けることができるのは、山形県肝炎治療特別促進事業実施要綱に定める認定基準を満たした場合に限られますので、申請に当たっては主治医等とよく御相談ください。