

(様式第 1 号)

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                  |                |  |                |  |       |  |  |        |  |     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--|----------------|--|-------|--|--|--------|--|-----|--|
| 申<br>請<br>者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ふりがな氏名                                                                                                                                                                                                                                           |                |  |                |  |       |  |  | 性別     |  | 男・女 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 生年月日                                                                                                                                                                                                                                             | 年　月　日          |  |                |  |       |  |  |        |  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 住所                                                                                                                                                                                                                                               | 〒<br><br>(電話 ) |  |                |  |       |  |  |        |  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 個人番号                                                                                                                                                                                                                                             |                |  |                |  |       |  |  |        |  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 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　險　者　番　号      |  |                |  |       |  |  |        |  |     |  |
| 病　　　　  名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                  |                |  |                |  |       |  |  |        |  |     |  |
| 本    助    成    制    度<br>利        用               歴                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div>1．あり                                2．なし</div> <div>公費負担者番号・受給者番号（                                .                                ）</div> <div>有効期間（            年            月            日～            年            月            日）</div> |                |  |                |  |       |  |  |        |  |     |  |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div>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</div> <div><div>1．受けている</div><div>2．受けていない</div></div> <div><div>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。</div></div>                                                                            |                |  |                |  |       |  |  |        |  |     |  |
| 上    記    以    外    の    連    絡    先                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 氏名（ふりがな）                                                                                                                                                                                                                                         |                |  | (申請者の続柄)       |  |       |  |  |        |  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 住　　　　  所                                                                                                                                                                                                                                         |                |  | 〒<br><br>(電話 ) |  |       |  |  |        |  |     |  |
| <div>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 ・ 変更 ）交付を申請します。<br/>なお、同意を撤回し、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書を提出した場合であっても、当該申請書の受理日の属する月の末日まで、臨床データ（臨床調査個人票等）が活用されることについてあらかじめ了承いたします。</div> <div>申請者氏名<br/>(代理人の場合は代理人の氏名を記載)</div> <div>年            月            日<br/>栃木県知事                                様</div> |                                                                                                                                                                                                                                                  |                |  |                |  |       |  |  |        |  |     |  |

※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、知事に提出すること。