

肝炎治療受給者証交付申請書 （インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療・インターフェロンフリー治療）							
申 請 者	ふりがな				性 別	男 女	
	氏 名						
	生年月日	年	月	日	職 業		
	住 所	郵便番号 (電話)					
	個人番号	申請年 1 / 1	
	加 入 医療保険	1 協会けんぽ 2 組合健保 3 船員保険 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 7 後期高齢者				時点の住民票 所在市町村	
病 名							
本制度利用歴	1 あり 2 なし 受給者番号 () 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)						
保 険 医 療 機 関 等	名 称						
	所 在 地						
	名 称						
	所 在 地						
<p>下記事項について同意しましたので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・（インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療・インターフェロンフリー治療）の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けること。 ・（インターフェロンフリー治療を申請の場合）公費助成を受けたC型肝炎患者に対するインターフェロンフリー治療に係る治療経過及び結果について、医療機関から大分県に対し報告されること。 <p>【申請の委任について】 申請を代理人に委任する場合は、<input type="checkbox"/>にチェックを入れ、代理人の氏名を記入すること。 <input type="checkbox"/> 申請に際し、右記の者を代理人として委任します。（代理人： _____）</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____ (印) (氏名を自署する場合は、押印は省略できます。)</p> <p>年 月 日 大分県知事 殿</p>							

※治療経過及び結果についてのデータは匿名化して個人情報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。

