様式第１－８

肝炎治療受給者証(インターフェロンフリー治療)の交付申請書

対象患者（受給者）	ふりがな			性　別	男　・　女
	氏　名				
	生年月日	明・昭 大・平	年　月　日　生(満　歳)	職　業	
	住　所	〒　－		（電話　－　－　）	
	加　入 医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄	
		保険種別	国保・協会けんぽ・後期高齢者・組合 共済・船員・その他（　）	被保険者証の記号・番号 記号: 番号:	
		保険者名称	（保険者番号　）		
		所在地			
病　名					
本助成制度 利 用 歴	1．あり　→　受給者番号（　） 有効期間（平成　年　月　日　～　平成　年　月　日）				
受療医療機関・薬局	名　称				
	所在地				
	名　称				
	所在地				

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（インターフェロンフリー治療）の交付を申請します。

平成　年　月　日

申請者氏名　印

（代理申請の場合は受給者との続柄　）

岐 阜 県 知 事　様

※ 本事業において助成を受けることができるのは、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。

※ 保健所使用欄 （申請者は記入しないでください）
特記事項等　除外申請　有　・　無

※ 審査欄 （申請者は記入しないでください）
承　認　・　不承認　・　保　留
階層区分　甲　・　乙