

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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 1. あり ↳ 受給者番号() 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) </div> <div style="width: 45%;"> 2. なし </div> </div>					
受療医療機関・薬局	名称						
	所在地						
	名称						
	所在地						
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">(代理申請の場合は受給者との続柄)</p> <p style="text-align: left; margin-top: 20px;">岐 阜 県 知 事 様</p>							

※ 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