

(副作用等延長用)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)有効期間延長申請書(B)

岐阜県知事 様

私は、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える可能性があるため、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長を申請します。

記載年月日 年 月 日

(ふりがな)  
申請者氏名 \_\_\_\_\_ (代理申請の場合は受給者との続柄 \_\_\_\_\_)

(申請者記載欄)

受給者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日 生		
現住所	(〒 - )		
電話番号	- -		

※ お手持ちの肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)を確認の上、記入してください。

受給者番号	<input type="text"/>
現行有効期間	開始 年 月 日 終了 年 月 日

(担当医師記載欄)

対象患者( )について、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える(計2か月までの延長)可能性があるため、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長が必要であると判断する。

記載年月日 年 月 日

副作用等による中断の内容

[ \_\_\_\_\_ ]

医療機関名 ( )

所在地 (〒 )

担当医師名 ( )

(注) なお、副作用等の要因について、担当者より確認の連絡をさせていただくことがありますのでご了承ください。

- 注 1) 本申請書(B)は、現行有効期間が満了する前に、住所地を管轄する保健所・センターに申請してください。  
 2) 延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。  
 3) 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますので、ご注意ください。  
 4) お手持ちの受給者証の写しを添付してください。

※ 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

※ 審査欄 (申請者は記入しないでください)

階層区分 甲 ・ 乙