（別紙様式１）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（　新規　・　更新　）
交付申請書

申請者（医療の給付を受けようとする者）	ふりがな 氏　　名			性　　別	男・女
	生年月日	年　　月　　日			
	住　　所	（電話　　）			
	個人番号				
	加入医療保険	被保険者氏名		申請者との続柄	
		保険種別	協・組・共・国・後	記号・番号	
		保険者番号			
病　　名					
本助成制度利用歴		１．あり　　２．なし 公費負担者番号・受給者番号（　　・　　） 有効期間（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）			
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		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 １．受けている。 ２．受けていない。 （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。）			

以下のすべてにチェックされる方は**世帯全員のマイナンバー又は非課税証明書等の提出が必要です。**
□　今回の申請に併せて限度額適用・標準負担額減額認定を受ける（すでに受けている方は対象外です）※
□　市町村民税世帯非課税者である
□　国民健康保険、後期高齢者医療保険以外に加入している
※全国健康保険協会に加入している方は**世帯全員のマイナンバーの提出が必要**

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　）交付を申請します。

また、医療費の支給を受けるに当たり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、岐阜県が私の加入する医療保険者に報告を求め、提供をうけることに同意します。

申請者氏名
（代理人の場合は代理人の氏名を記載）

年　　月　　日

岐阜県知事　様

※参加証の交付後に申請内容に変更があった場合は、変更箇所を別紙様式 10「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証記載事項変更届」に記載し、参加証及び変更箇所について確認できる関係書類を添えて提出すること。