（別紙様式７）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証再交付申請書

<table>
<tr><td rowspan="6">申請者（医療の給付を受けようとする者）</td><td>ふりがな
氏　　名</td><td colspan="4"></td><td>性　　別</td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="6">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="7">（電話　　）</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">加入医療保険</td><td>被保険者氏名</td><td colspan="3"></td><td>申請者との続柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>保険種別</td><td colspan="3">協・組・共・国・後</td><td>被保険者証の記号・番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>保険者番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">病　　名</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">本助成制度利用歴</td><td colspan="7">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）</td></tr>
<tr><td colspan="2">再交付の理由</td><td colspan="7">□破損　□紛失　□汚損　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">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</td><td colspan="7">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。</td></tr>
</table>

上記の理由により、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の再交付を申請します。

申請者氏名
（代理人の場合は代理人の氏名を記載）

年　　月　　日

宮崎県知事　殿