|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | 被保険者証の  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） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再交付の理由 | | □破損　□紛失　□汚損　□その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |