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														
	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	協・維	組・共・国・後									
			保険者番号												
疹	<u> </u>														
本則	助 成 用	1. あり 2. なし 参加者証番号() 有効期間(年 月 日~ 年 月 日)													
療に	アナログ 系る肝炎 証の交付	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 ② で付を受けている場合は、申請月以前の24ヶ月以内の 「肝炎治療自己負担上限額管理票」の写しを添付すること													
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。 申請者氏名															
			(代理人の場合は代理人の氏名を記載									뉯)			
			年	月	日										
						元	愛媛県	知事	Ē				様		

[※]参加者証の交付後に申請内容に変更があった場合は、参加者証を交付している都道府県知事に、変更箇所を変更届出書に記載し、参加者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。