

(別紙様式 8)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証交付申請書（転入用）

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。										
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												

添付書類:これまで持たれていた肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証