（様式第６号）

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

<table>
<tr><td rowspan="8">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="3"></td><td>性　別</td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4">〒　　（電話　　）</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">加入医療保険</td><td>ふりがな
被保険者氏名</td><td colspan="2"></td><td>申請者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>保険種別</td><td>協・組・共・国・後</td><td>記号・番号</td><td></td></tr>
<tr><td>保険者番号</td><td></td><td>適用区分</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">病　　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">本助成制度利用歴</td><td colspan="4">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">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="4">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。）</td></tr>
</table>

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業（以下「本事業」という。）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・転入）交付を申請します。

本事業による医療の支給を受けるに当たり必要があるときは、私（申請者）の医療保険上の所得区分（適用区分）及び高額療養費に関する情報につき、岡山県が私の加入する医療保険者に報告を求め、提供を受けることについて同意します。（同意しない場合のみチェック→□同意しない。）

年　　月　　日

申請者氏名
（代理人の場合は代理人の氏名を記載）

岡山県知事　殿

※ 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、変更箇所を交付申請書に記載し、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。

※ 適用区分欄には、健康保険限度額適用認定証、健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証等に記載されている適用区分を記載すること。