様式　２

保健所　 保健所ｺｰﾄﾞ

**申請区分**　 　１．新規　　 ２．更新　　 ３．転入　　 ４．変更　　 ５．再発行

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申 請 疾 患 名 | | | １．非代償性肝硬変　　２．肝がん　　３．肝がん・非代償性肝硬変併発 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対　象　疾　患　患　者 | ふりがな | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 性 別 | | | | | | 男・女 | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | （〒　　　　－　　　　　　）  （電話　　　　　－　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険の  種類 | | 被用者（協会・組合・船員・共済）・国保（一般）・国保（退職）  後期高齢者・その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | 本人・  家族の別 | | | | | | | | 本人  家族 | | | | |
| 生計中心者氏名 | | | |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本申請前の公費負担制度の受給者番号 | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |  | |
| 核酸アナログ製剤治療に係る国肝炎治療受給者証の交付の有無 ※1 | | 有・無 | | 〇医療保険証に関する同意  肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費の支給認定を受けるにあたり必要があるときは、医療保険上の所得区分に関する情報につき、北海道と医療保険者が双方に報告を求めることに同意します。  年　月　　日　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〇北海道知事　様  肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業についての説明を受け、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の参加者証の交付（新規・更新・変更・再発行）を申請します。  　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申　　請　　者  患者本人の場合  は氏名のみ記入  してください。 | | | | 氏　名 | |  | | | | | | | | | | | 患者と  の続柄 | | | | | | | |  | | | | | |
| 住　所 | | （〒　　　　　－　　　　　　）  （電話　　　　　－　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **※申請に当たっては、裏面の注意事項を必ずお読みください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保健所等 | | 収　　受　　印 | | | | | 【新規申請の添付資料】※新規以外の申請については裏面参照  　１．臨床調査個人票兼同意書（様式３）  　２．世帯全員の住民票  　３．健康保険証の写し  　４. 高齢受給者証の写し（70歳以上75歳未満の方に限る）  　５．限度額適用・標準負担額減額認定証の写し  　　（70歳以上で所得区分が一般の方を除く）  　６．医療記録票等  　７．世帯全員の市町村民税課税・非課税証明書類  　８.　肝炎治療月額管理票の写し（※１が「有」の場合のみ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |
| 申請者の自己負担区分　　　　　あり　　・　　なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 整理番号 | |  | |  | |  | | | | |  |  | |  | | | |  | |  |

様式　２（裏面）

**＜申 請 の 際 の 注 意 事 項 ＞**

各申請における添付書類及び留意事項は次のとおりです。添付書類に不備があるときは、再度問い合わせるなど、審査が終了するまでに時間を要しますので、注意してください。

１　肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の新規・更新交付申請について

申請に必要な添付書類は次のとおりです。

①　臨床調査個人票及び同意書（様式３）（**更新申請**の場合は不要）

②　申請患者の世帯全員の住民票（※１参照）

③　申請患者の加入する被保険者証又は後期高齢者医療被保険者証の写し

④　高齢受給者証（70歳以上75歳未満の方に限る）

⑤　限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の写し

⑥　医療記録票等

⑦　申請患者の世帯全員の市町村民税課税・非課税証明書類

⑧　肝炎治療月額管理票の写し（核酸アナログ製剤治療に係るウイルス性肝炎進行防止対策（肝炎治療特別促進事業）受給者のみ）

２　他都府県からの転入に伴う肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の交付申請について

申請に必要な添付書類は次のとおりです。

①　他都府県で交付されていた参加者証の写し

②　申請患者の世帯全員の住民票（※１参照）

③　申請患者の加入する被保険者証又後期高齢者医療被保険者証の写し

④　高齢受給者証（70歳以上75歳未満の方に限る）

⑤　申請患者の世帯全員の市町村民税課税・非課税証明書類

３　氏名・住所・保険区分の変更に伴う肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の交付申請について

　　申請に必要な添付書類は次のとおりです。

　　　①　氏名変更の場合……戸籍抄本又は住民票の写し等（変更の内容が記載されているもの）

②　住所変更の場合……住民票の写し等（変更の内容が記載されているもの）

③　保険区分変更の場合……保険証の写し（変更後のもの）

４　再発行に伴う交付申請について

　　申請に必要な添付書類は次のとおりです。

　　　①　破損又は汚損による再発行の場合……当該参加者証

　　　②　紛失等による再発行の場合……添付書類は必要ありません

|  |
| --- |
| ※１　住民票  申請書への添付有効期間は、発行日から３か月です。  ※２　市町村民税課税・非課税証明書類  市町村民税課税年額証明書は、７月１日～翌年３月31日の申請にあっては当該年度のもの、４月１日～６月30日の申請にあっては前年度のものとします。 |