様式　10

保健所	保健所ｺｰﾄﾞ

ウイルス性肝炎進行防止対策（肝炎治療特別促進事業）医療受給者証　有効期間延長申請書（副作用等）

対象疾患患者	受給者番号										
	有効期間	年　月　日　～　年　月　日									
	ふりがな								性別	男・女	
	氏名										
	生年月日	（和暦）　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	

北海道知事　様

私は、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える可能性があるため、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長を申請します。

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　－　－　）		

※１　申請に当たっては、裏面に担当医の証明をもらって申請してください。
　２　延長は、現行有効期間に引き続く２か月を限度とします。
　３　記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

保健所等記入欄	収受印		整理番号							

様式　10（裏面）

＜有効期間延長申請に係る証明書＞

（担当医記載欄）

申請者（＿＿＿＿＿＿＿＿　：フリガナ　　）について、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える（計２か月までの延長）可能性があるため、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長が必要であると判断する。

記載年月日　　年　　月　　日

医療機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

その所在地　〒　　－

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当医師名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※なお、副作用等の要因について、担当者より確認の連絡をさせていただくことがありますのでご了承ください。