

別紙様式 2

|  |  | 新規        | 更新 | 転入 |                 |         |  |
|--|--|-----------|----|----|-----------------|---------|--|
| <b>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証<br/>交付申請書</b>   |  |           |    |    |                 |         |  |
| 申請者（医療の給付を受けようとする者）  | ふりがな<br>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 |    |    | 被保険者証の<br>記号・番号 |         |  |
| 保険者番号  |  |           |    |    |                 |         |  |
| 病名   |  |           |    |    |                 |         |  |
| 本助成制度<br>利用歴   | 1. あり                                  2. なし<br>公費負担者番号・受給者番号（                                  ）<br>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<br>1. 受けている。 <span style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding-left: 10px;">交付を受けている場合は、申請月以前の12月以内の「肝炎治療自己負担限度額管理票」の写しを添付すること。</span><br>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（新規・更新）交付を申請します。<br><br><div style="text-align: right; margin-right: 20%;">                         申請者氏名<br/>                         （代理人の場合は代理人の氏名を記載）                     </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">                         年                                  月                                  日                     </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                         福島県知事 殿                     </div> |  |           |    |    |                 |         |  |

※1 個人番号は記載しないこと。

※2 認定の有効期間は、原則として、申請書を保健所が受理した月の初日から1年だが、被用者保険加入者で低所得者区分の者及び国民健康保険組合加入者については、申請時期にかかわらず有効期間は7月末までとなる。

## 別紙様式2

### 【添付書類】

- ① 全ての申請者に共通するもの
    - ア 臨床調査個人票及び同意書
    - イ 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票(別紙様式3の1及び3の2)の写し並びに様式3の2の場合は記載した事項を確認することができる領収書及び診療明細書等(実施要綱第3(6)に定める対象医療を受けようとする日の属する月以前の12月以内に、実施要綱第3(6)の①から③までに掲げる医療を受けた月数が既に2月以上あることが記録されているもの)
    - ウ 同意書(別紙様式2の1)
    - エ 核酸アナログ製剤治療について「福島県肝炎治療特別促進事業実施要綱」(以下による肝炎治療受給者証の交付を受けた者にあつては、「福島県肝炎治療特別促進事業実施要綱」上の肝炎治療自己負担限度額管理票であつて、実施要綱第3(6)に定める対象医療を受けようとする日の属する月以前の12月以内の自己負担額等が記録されているもの(以下「肝炎治療月額管理票」という。))の写し
  - ② 70歳未満の申請者の場合
    - ア 申請者の氏名が記載された医療保険の被保険者証の写し
    - イ 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
    - ウ 申請者の住民票の写し
    - エ その他、知事が申請内容の審査に必要と認める書類
  - ③ 70歳以上75歳未満の申請者の場合
    - ア 申請者の氏名が記載された医療保険の被保険者証と高齢受給者証の写し
    - イ 限度額適用認定証等の写し(ただし、医療保険における所得区分(以下「所得区分」という。)が一般の被保険者(以下「一般」という。)にあたる者を除く)
    - ウ 所得区分が一般にあたる者は、申請者及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類
    - エ 申請者の住民票の写し。ただし、所得区分が一般にあたる者は、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し
    - オ その他、知事が申請内容の審査に必要と認める書類
  - ④ 75歳以上の申請者の場合
    - ア 申請者の氏名が記載された後期高齢者医療被保険者証の写し
    - イ 限度額適用認定証等の写し(ただし、所得区分が一般にあたる者を除く)
    - ウ 所得区分が一般にあたる者は、申請者及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類
    - エ 申請者の住民票の写し。ただし、所得区分が一般にあたる者は申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し
    - オ その他、知事が申請内容の審査に必要と認める書類
- 更新申請の場合は、上記①(個人票を除く)及び②～④の場合に応じた書類を添付し、更新前の参加者証の有効期限が満了する日までに申請すること。
- 県外より転入した場合は、転出前に交付されていた参加者証及び上記②～④の場合に応じた書類を添付すること。