（様式第１）

長崎県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証交付申請書
（　新規　・　更新　・　変更　・他県からの転入　）

<table>
<tr><td rowspan="6">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 colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5">（電話　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">加入医療保険</td><td>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 colspan="2"></td></tr>
<tr><td>保険者番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>適用区分</td><td>70歳未満</td><td>エ　・　オ</td><td>70歳以上</td><td colspan="2">Ⅲ　・　Ⅱ　・　Ⅰ</td></tr>
<tr><td colspan="2">病　　名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">本助成制度利用歴</td><td colspan="5">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="5">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>

長崎県肝がん・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、参加者証の（　新規 ・ 更新・変更・他県からの転入　）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

長崎県知事　　様

※参加者証の交付後に申請内容に変更があった場合は、変更箇所を本申請書に記載し、長崎県知事に参加者証及び変更箇所にかかる関係書類を添えて提出すること。