

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業
(愛知県肝がん・重度肝硬変患者医療給付事業)参加者証転入届

愛知県知事殿

申請者
〒
住所

氏名

記

下記のとおり届出します。

区分	※※受給者番号	※※通知番号	令和 年 月 日
4		第 -	申請日
申請者シメイ	対象者との続柄		電話番号
対象者	フリガナ 氏名	病名	生年月日 性別 1 2 3 4 5 年 月 日 1 2 明大昭平令 男 女
	フリガナ 住所 (県名は除く)	市区町村名 番地 方書(マンション名)	
	郵便番号	事業 申請期間 令和 年 月 日	職業 ~ 令和 年 月 日
	加入医療保険	保険種別 1 協 2 組 3 共 4 国 5 後期高齢	記号番号 被保険者 氏名 適用区分 1 [エ 69歳以下] 2 [オ 69歳以下] 3 [Ⅲ一般 70歳以上] 4 [Ⅱ住民税非課税 70歳以上] 5 [Ⅰ住民税非課税 70歳以上]
臨床調査 個人票記載 医療機関	名称 所在地	医療機関コード番号	
核酸アナログ製剤 治療に係る肝炎治 療受給者票の交 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票の交付を 1.受けている 2.受けていない ※【1.受けている】の場合は、申請月以前の12月以内の「自己負担限度月額管理票」の写しを添付すること。		

受付欄	※ 保健所受付印・受付番号	※ 経由印・経由年月日	※※ 県 受 付 印
	保第 保健所(保健センター) コード番号	年 月 日	