

受給者番号

肝炎インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療受給者証交付申請書

大阪府知事様

インターフェロン治療又はインターフェロンフリー治療の効果、副作用等について主治医から説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療受給者証の交付を申請します。

				年 月 日				
受給者	フリガナ			男・女	年 月 日 生 歳	新規		
	氏名					2回目		
	住所				電話番号	- -	変更	
					郵便番号		転入	
	世帯の状況	世帯人数	人(うち、中学生以下 人)				除外希望有	
		世帯全員の市町村民税(所得割)の合計金額		円				
		市町村民税の合算対象除外を(希望する・希望しない)		⇒希望する場合は裏面も記入してください。				
		合算対象除外後市町村民税(所得割)の合計金額		円				
	加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄				
		※該当する箇所に○をしてください。		健康保険被保険者証記号番号	記号			
1 健保 本人、家族(船員組合、各種共済組合)		保 険 者	番号					
2 国保 世帯主、家族			名称					
3 退職者医療 本人、家族		資格取得日		年 月 日				
4 高齢者医療 (後期、前期)								
病名		1. B型ウイルス性肝炎 2. C型ウイルス性肝炎 3. C型代償性肝硬変 4. C型非代償性肝硬変						
本助成制度利用歴		1. あり 2. なし						
		受給者番号						
		有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日				
受療医療機関	所在地名	所在地名						

申請者	フリガナ			受給者との続柄	
	氏名			①	
	住所				電話番号
			郵便番号		

※申請者の氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

受給者証の送付先が申請者の住所と異なる場合は、下欄に記入してください。

受給者証の送付先	フリガナ			受給者との続柄	
	氏名				
	住所	(TEL: - -)			

他府県からの転入	大阪府への日	年 月 日	
	転出都道府県	都道府県	
	転出時受給者番号		
大阪府内における転居日		年 月 日	

保健所記入欄	階層区分 (いずれかに○)		甲	乙	確認者	①
	保健所名(保健所コード)					受付印
	一備考欄一					
	有効期間	開始日	年 月 日	終了日	年 月 日	

