|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業**  **参加者証（　新規　・　更新　・　変更　）交付申請書** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （医療の給付を受けようとする者）  **申　　請　　者** | ふりがな |  | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | 男　・　女 | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明治　・　大正　・　昭和  平成　・　西暦 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所  （住民票住所） | 〒　　　－ | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | （電話　　　　－　　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  | |  | |  |  | | |  |  | |  | | |  | |  | |  |
| （変更申請の場合は変更箇所のみ記載）  **参 加 者 証 記 載 内 容 等** | 参加者証  送 付 先 | 〒　　　－　　　　※住民票住所と異なる住所に参加者証の送付を希望される場合に記載してください。  送付先住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　送付先氏名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加入医療  保　　険 | ふりがな | | |  | | | | | | | | | 申請者との続柄 | | | | | | |  | |
| 被保険者氏名 | | |  | | | | | | | | |
| 保険種別 | | | 協・組・共・国・後 | | | | | | 被保険者証の  記号・番号 | | | | |  | | | | | | |
| 被保険者証  発行機関名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病　　名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本助成制度の  利用歴 | | 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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  １．受けている。  交付を受けている場合は、申請月以前の12月以内「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。  ２．受けていない。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※（　）内の該当するものに○印をしてください。  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　・　変更　）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  総合事務所長  鳥取市保健所長　　　　　　　　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

留　意　事　項

１．この事業は、２の条件を満たした場合に限り、別に定める対象医療の費用のうち３月目以降の費用について、患者一部負担の月額が１万円になります。

２．本事業において助成対象となる医療は、原則として、過去１２月以内に、次の①～③までに掲げる医療（一部負担額が医療保険各法（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和５７年法律第８０号）第７条第１項に規定する医療保険各法をいう。）又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による外来に係る年間の高額療養費の支給により、対象患者が肝がん・重度肝硬変入院関係医療及び肝がん外来関係医療について自己負担を行わなかった月数を除く。以下同じ。）を受けた月数が既に２月以上ある場合であって、指定医療機関又は保険薬局に限られます。

　　　①高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療

　　　②高療該当肝がん外来関係医療

　　　③高療該当肝がん・重度肝硬変合算関係医療

３．この申請書を提出される場合には、次の書類を添付して、申請者の住所地を所管する総合事務所長または鳥取市保健所長（以下、「所管事務所長」という。）に申請してください。

・同意書（様式１－２号）

・臨床調査個人票及び同意書（様式第２号）（新規申請の場合に限る）

・申請者の住民票の写し（申請者が７０歳以上の場合は、申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載があるものに限る。）

・申請者の医療保険の被保険者証または後期高齢医療保険者証及び高齢受給者証の

写し

・限度額適用認定証または限度額適用・標準負担額減額認定証の写し（申請者が７０歳以上で、かつ、所得区分が一般にあたる者の場合を除く。）

・申請者及び申請者と同一の保険に加入する世帯員の住民税課税・非課税証明書（申請者が７０歳以上で、かつ、所得区分が一般にあたる者の場合に限る。）

・肝がん・重度肝硬変入院関係医療記録票（様式第６号）または肝がん・重度肝硬変入院関係医療記録補助票（様式第６号付表）の写し

・肝炎治療受給者証被交付者にあっては、肝炎治療月額管理表の写し

４．参加者証の交付後に申請内容に変更があった場合は、所管事務所長に変更箇所を記載した交付申請書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してください。

５．この申請書に添付する限度額適用認定証または限度額適用・標準負担額減額認定証の有効期限は翌年度の７月末であることから、参加者証の交付を受けた参加者は毎年度限度額適用認定証等を取得する必要があります。また、新たに取得した限度額適用認定証等の適用区分が低所得者区分である場合、翌年度７月１０日までに限度額適用認定証等の写しを所管事務所長に提出してください。