



様式9号 (第8の1関係)

肝炎治療受給者証変更申請書				
受給者	ふりがな 氏名			性別 男 ・ 女
	生年月日	年 月 日		公費負担医療 の受給者番号
	住所	〒 _____ 電話 () _____		
変更内容 (※変更項目のみ記入)				
項目		変更前		変更後
ふりがな 氏名				
住所		〒 _____ 電話 () _____		〒 _____ 電話 () _____
加入 医療 保険	被保険者氏名 (受給者との続柄)	受給者との続柄 [_____]		受給者との続柄 [_____]
	保険種別			
	被保険者証の 記号・番号	(記号) (番号)	(記号) (番号)	(記号) (番号)
	被保険者証発行 機関番号・名称	(番号) (名称)	(番号) (名称)	(番号) (名称)
疾病名				
有効期間 (注2)		至 年 月 日		至 年 月 日
月額自己負担 限度額 (区分)		円 ()		円 ()
受療 保又 険は 医保 険機 薬局	①	所在地	〒 _____ 電話 () _____	
		名称		
	②	所在地	〒 _____ 電話 () _____	
		名称		
<p>肝炎治療受給者証にかかる変更を申請します。</p> <p>〒 _____</p> <p>【申請者】 住所 _____ 電話 () _____</p> <p>ふりがな _____ 氏名 _____ 印 [_____]</p> <p>年 月 日 (受給者本人が申請する場合は、押印の必要はありません)</p> <p>兵庫県知事 様</p>				

- 注) 1 受給者証原本及び変更内容が確認できる書類を添付し、速やかに申請してください。
- 2 有効期間の延長は、次の(1)～(3)に該当する場合に医師の意見書を添えて申請ができます。
期間延長による治療の効果、副作用等について医師から十分説明を受け、同意のうえ、有効期間内に申請してください。
- (1) 副作用等により治療中断が必要となったため、治療期間が助成期間を超える見込みとなった場合で、期間満了後概ね2か月の間に治療を完了する見込がある場合 (最長2か月まで)
- (2) 難治症例でペグインターフェロン+リバビリンの72週投与が必要と医師が判断する場合 (半年間)
- 3 詳しくは、住所地の健康福祉事務所 (保健所) へお尋ねください。