



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)		
	被保険者証発行 機関番号・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 療 機 薬 関 局	①	所在地	〒	〒	
		名称		電話 ( )	—
	②	所在地	〒	〒	
		名称		電話 ( )	—
肝炎治療受給者証にかかる変更を申請します。 〒					
【申請者】 住所					
電話 ( )					
電子メールアドレス					
ふりがな					
氏名					
〔 受給者との続柄 〕					
年 月 日					
兵庫県知事 様					

- 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みがある場合 (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。