

(様式第1号)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（新規・更新）交付申請書																			
申請者 (医療の給付を受けようとする者)	フリガナ		性別	生年月日															
	氏名		男・女	年 月 日															
	住所	〒 _____ (電話 _____)																	
	加入医療保険	被保険者氏名		申請者との続柄															
保険種別		協・組・共・国・後	記号・番号・枝番																
保険者番号			適用区分																
病名																			
本助成制度 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 2. 受けていない (交付を受けている場合は、申請月以前の12月以内の「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。)																		
長期入院*の有無 *申請月以前の1年間の入院日数が通算して90日を超えていること	(申請者が被用者保険加入者で、適用区分が「オ」「Ⅱ」「Ⅰ」の場合) 1. あり 2. なし																		
<p>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）交付を申請します。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____ (自署の場合は押印不要)</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">徳島県知事 殿</p> <p>【申請の委任について】 本申請を代理人に委任する場合は、□にチェックを入れ、代理人の氏名等を記入すること。 □ 申請に際し、下記の者を代理人として委任します。</p> <table border="1"><tr><td>代理人氏名</td><td colspan="4">(受診者との続柄： _____)</td></tr><tr><td>住所</td><td colspan="4">〒 _____</td></tr><tr><td>電話番号</td><td colspan="4"></td></tr></table>					代理人氏名	(受診者との続柄： _____)				住所	〒 _____				電話番号				
代理人氏名	(受診者との続柄： _____)																		
住所	〒 _____																		
電話番号																			

裏面も記入

(様式第1号)

個人番号（マイナンバー）提供書兼同意書及び世帯（同一医療保険加入者）調書

徳島県知事 殿

年 月 日

申請者（受診者）氏名

（自署の場合は押印不要）

私（申請者）及び下記の者は、特定個人情報（「住民基本台帳に関する情報」、「医療保険給付の支給に関する情報」及び「直近年度の市町村民税に関する情報」）を取得することについて、

（該当する方にチェック）

同意します。 → 同意する本人それぞれが下記に署名の上、個人番号（マイナンバー）を記載してください。

同意しません。 → 個人番号（マイナンバー）の記載は不要です。
申請者の「住民票」「医療保険の資格がわかるもの」、
以下の場合※は対象者の「医療保険の資格がわかるもの」、
「市町村民税非課税証明書」の提出が必要です。

※

- 【「医療保険の資格がわかるもの」及び「市町村民税非課税証明書」の提出が必要な場合と対象者】
- ①申請者が被用者保険加入者で、限度額認定証等の適用区分が市町村民税世帯非課税者（オ・Ⅱ）に該当する場合 → 被保険者分のみ
 - ②申請者が被用者保険加入者で、限度額認定証等の適用区分が市町村民税世帯非課税者（Ⅰ）に該当する場合 → 被保険者分及び被扶養者分

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

被保険者（又は被扶養者） 氏名（自署）	該当に○	0～15歳	個人番号（マイナンバー） <small>添付書類の一部省略にマイナンバーを利用する場合にのみ記載</small>												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
フリガナ	被保険者 ・ 被扶養者	/													
申請者（受診者）															
	被保険者	/													
			生 年 月 日												
			記号・番号・枝番												
	被扶養者	□													
			生 年 月 日												
			記号・番号・枝番												
	被扶養者	□													
			生 年 月 日												
			記号・番号・枝番												

【注意事項】

- ・上記①に該当する場合は、被保険者の氏名等の記載が必要です。
- ・上記②に該当する場合は、被保険者及び被扶養者の氏名等の記載が必要です。
- ・上記①、②に該当する場合で、保険が「全国健康保険協会」の方は、保険者への照会が必要となるため、個人番号（マイナンバー）の記載が必要です。
- ・16歳未満の方については、同意（自署）は不要です。また、個人番号（マイナンバー）の記載は不要です。
- ・上記の者で、1/1時点で現住所と異なる市町村に住んでいた者がいる場合は、該当者の「被保険者（又は被扶養者）氏名（自署）」欄に1/1時点の居住市町村を記載してください。
- ・特定個人情報が取得できない場合は、書類の提出をお願いすることがあります。