

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証交付申請書

大阪府知事 様

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について主治医から説明を受け、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交付を申請します。

		年 月 日		新規 更新
フリガナ		男 ・ 女	年 月 日 (日生 歳)	
氏 名				変更 転入
住 所			電話 番号 - -	
		郵便 番号		
参 加 申 請 者	被 保 険 者 氏 名		参加申請者との続柄	
	※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	
	1 健保 本人、家族 (船員組合、各種共済組合)		記号 番号	
	2 国保 世帯主、家族		保 険 者 名称 番号	
	3 退職者医療 本人、家族		資 格 取 得 日	
4 高齢者医療 (後期、前期)		年 月 日		
病 名		1. 肝がん 2. 重度肝硬変		
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
入院 医療 機関	所 在 地 名 称		所 在 地 名 称	

申 請 者	フリガナ			参加申請者との続柄
	氏 名			
	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。

参加者証の送付先が申請者の住所と異なる場合は下記の欄に記入してください。

参 加 者 証 の 送 付 先	フリガナ			参加申請者 との続柄
	氏 名			
	住 所	〒 (TEL: - -)		

他 府 県 か ら の 転 入	大阪府へ の 転 入 日	年 月 日
	都道府県 名	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	確認者						受付印
	保健所名 (保健所コード)						
	一 備考欄 一						
	有効期間	開始日	年 月 日	終了日	年 月 日		

申請時必要書類

【70歳未満の患者さん】

- ① 交付申請書(この用紙)
- ② 臨床調査個人票及び同意書
- ③ 患者さんの健康保険証の写し
- ④ 保険者照会にかかる同意書
※加入する健康保険が国民健康保険組合及び大阪府外の国民健康保険である者のみ提出が必要です。
- ⑤ 限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の写し
- ⑥ 患者さんの住民票(原本)
- ⑦ 医療記録票の写し
※医療の給付を受けようとする日の属する月以前の12か月以内に、指定医療機関において、
肝がん・重度肝硬変入院・通院関係医療(高額療養費が支給されるものに限る。)を受けた月数が
既に2か月以上あることが記録されているか確認。

【70歳以上75歳未満の患者さん】

- ① 交付申請書(この用紙)
- ② 臨床調査個人票及び同意書
- ③ 患者さんの健康保険証、高齢受給者証の写し
- ④ 保険者照会にかかる同意書
※加入する健康保険が国民健康保険組合及び大阪府外の国民健康保険である者のみ提出が必要です。
- ⑤ 限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の写し
※所得区分が一般にあたる者は世帯全員の住民税(非課税)証明書(原本)の提出が必要です。
- ⑥ 患者さんの住民票(原本)
※所得区分が一般にあたる者は、患者さんと患者さんと同一の世帯に属するすべての者について記載のある
住民票(原本)の提出が必要です。
- ⑦ 医療記録票の写し
※医療の給付を受けようとする日の属する月以前の12か月以内に、指定医療機関において、
肝がん・重度肝硬変入院・通院関係医療(高額療養費が支給されるものに限る。)を受けた月数が
既に2か月以上あることが記録されているか確認。

【75歳以上の患者さん】

- ① 交付申請書(この用紙)
- ② 臨床調査個人票及び同意書
- ③ 患者さんの後期高齢者医療被保険者証の写し
- ④ 限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の写し
※所得区分が一般にあたる者は世帯全員の住民税(非課税)証明書(原本)
- ⑤ 患者さんの住民票(原本)
※所得区分が一般にあたる者は、患者さんと患者さんと同一の世帯に属するすべての者について記載のある
住民票(原本)の提出が必要です。
- ⑥ 医療記録票の写し
※医療の給付を受けようとする日の属する月以前の12か月以内に、指定医療機関において、
肝がん・重度肝硬変入院・通院関係医療(高額療養費が支給されるものに限る。)を受けた月数が
既に2か月以上あることが記録されているか確認。

記入の際の注意事項

- 氏名には必ずフリガナを記入してください。
- 加入医療保険の資格取得年月日は、参加者の受給資格が認定された年月日を記入してください。

承認後の有効期間

お住まいの保健所(大阪市、堺市、東大阪市及び寝屋川市にお住まいの方は、各保健(福祉)センター)における申請書類の受理日の属する月の初日を開始日とし、1年間を有効期間とします。

例:5月10日に保健所で申請書を受理した場合、有効期間は5月1日から翌年4月30日となります。