

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

肝炎インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療受給者証交付申請書

大阪府知事様

インターフェロン治療又はインターフェロンフリー治療の効果、副作用等について主治医から説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療受給者証の交付を申請します。

		年 月 日		
受給者	フリガナ			
	氏名	年 月 日 (出生 歳)		
	住所	電話番号	- -	
		郵便番号	- - - - -	
	世帯の状況	世帯人数	人(うち、中学生以下 人)	
		世帯全員の市町村民税(所得割)の合計金額		円
		市町村民税の合算対象除外を(希望する・希望しない) ⇒希望する場合は裏面も記入してください。		
		合算対象除外後市町村民税(所得割)の合計金額		円
	加入医療保険	被保険者氏名	受給者との続柄	
		※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 年 月 日		
4 高齢者医療 (後期、前期)				
病 名		1. B型ウイルス性肝炎 2. C型ウイルス性肝炎 3. C型代償性肝硬変 4. C型非代償性肝硬変		
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	
受療医療機関	所在地名	所在地名		

申請者	フリガナ		
	氏名	受給者との続柄	
	住所	電話番号	- -
郵便番号		- - - - -	

受給者証の送付先が申請者の住所と異なる場合は、下欄に記入してください。

受給者証の送付先	フリガナ		
	氏名	受給者との続柄	
	住所	〒 (TEL: - -)	

他府県からの転入	大阪府へ入る日	年 月 日
	転入都道府県	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	階層区分(いずれかに○)	甲	乙	確認者	
	保健所名(保健所コード)				受付印
	備考欄				
	有効期間	開始日	年 月 日	終了日	年 月 日

