

(様式 2)

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												
適用区分		(70歳未満) 工・才 (70歳以上) . .			(新規 ・ 更新 ・ 他都道府県からの転入)							
申請者 (医療の給付を受けようとする者)	氏名 <small>ふりがな</small>							性別		男・女		
	生年月日		年 月 日 (歳)									
	住所		〒 - 佐賀県 市・町 (電話)									
	個人番号											
	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・船・共・ 国・退国・後・国組			被保険者証の 記号・番号			
保険者番号												
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。 (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) 2. 受けていない。										
<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交付を申請します。</p> <p>また、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による医療費の支給を受けるに当たり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、佐賀県が私の加入する医療保険者に報告を求め、提供を受けることに同意します。</p>												
申請者指名 (代理人の場合は代理人の氏名を記載)												
年 月 日 佐賀県知事 様												

(様式 2)

【申請書添付書類】

新規 **転入** の場合

- 臨床調査個人票及び同意書(様式3)
- 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票(様式4-1及び様式4-2)の写し
並びに様式4-2の記載事項を確認できる書類(領収書及び診療明細書等)
- 本人の医療保険の被保険者証の写し(70歳未満=被保険者証/
70歳以上 75歳未満=被保険者証・高齢受給者証/75歳以上=後期高齢者医療被保険者証)
- (核酸アナログ製剤治療の肝炎治療受給者証をお持ちの方)肝炎治療自己負担限度月額管理票の写し

● その他、年齢区分・所得区分(限度額適用認定証等の適用区分)別に必要な添付書類

年齢区分	所得区分	添付書類
70歳未満	[エ][オ]	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証の写し <input type="checkbox"/> 本人の住民票の写し
70歳以上 75歳未満	[Ⅲ(一般所得)]	<input type="checkbox"/> 本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類 <input type="checkbox"/> 本人及び世帯全員の住民票の写し
・	[Ⅱ(低所得Ⅱ)]	<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証の写し
75歳以上	[Ⅰ(低所得Ⅰ)]	<input type="checkbox"/> 本人の住民票の写し

更新 の場合

- 交付済みの肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証(様式5)の写し
- 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票(様式4-1及び様式4-2)の写し
並びに様式4-2の記載事項を確認できる書類(領収書及び診療明細書等)
- 本人の医療保険の被保険者証の写し(70歳未満=被保険者証/
70歳以上 75歳未満=被保険者証・高齢受給者証/75歳以上=後期高齢者医療被保険者証)
- (核酸アナログ製剤治療の肝炎治療受給者証をお持ちの方)肝炎治療自己負担限度月額管理票の写し

● その他、保険者・年齢区分・所得区分(限度額適用認定証等の適用区分)別に必要な添付書類

保険者	年齢区分	所得区分	添付書類
被用者保険	70歳未満	[エ]	<input type="checkbox"/> 本人の住民票の写し
		[オ]	<input type="checkbox"/> 本人の非課税証明書類 <input type="checkbox"/> 本人の住民票の写し
	70歳以上 75歳未満	[Ⅲ(一般所得)]	<input type="checkbox"/> 本人の住民票の写し
		[Ⅱ(低所得Ⅱ)]	<input type="checkbox"/> 本人の非課税証明書類 <input type="checkbox"/> 本人の住民票の写し
		[Ⅰ(低所得Ⅰ)]	<input type="checkbox"/> 本人及び被扶養者の非課税証明書類 <input type="checkbox"/> 本人及び世帯全員の住民票の写し
市町村国保	70歳未満	[エ][オ]	<input type="checkbox"/> 本人の住民票の写し
	70歳以上 75歳未満	[Ⅲ][Ⅱ][Ⅰ]	
国保組合	70歳未満	[エ][オ]	<input type="checkbox"/> 本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類 <input type="checkbox"/> 本人の住民票の写し
	70歳以上 75歳未満	[Ⅲ][Ⅱ][Ⅰ]	<input type="checkbox"/> 本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類 <input type="checkbox"/> 本人及び世帯全員の住民票の写し
後期高齢者 医療保険	75歳以上	[Ⅲ][Ⅱ][Ⅰ]	<input type="checkbox"/> 本人の住民票の写し

※被用者保険[オ][Ⅱ][Ⅰ]・国保組合は、所得区分変更の確認のため毎年7月に更新申請を要する