

(様式13)

千葉県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証転入届				
申請者 (医療の給付を受けようとする者)	フリガナ 氏名		性別	男・女
	生年月日	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	被保険者証の 記号・番号	
保険者番号				
病名	<input type="checkbox"/> 肝がん (B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 重度肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる)			
審査結果を上記宛先に県庁から直接郵送することを希望しますか。 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> なお、希望しない場合は、保健所まで認定結果を取りに来ていただくこととなります。				
肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の給付を受けるに当たり必要な場合は、申請者の医療保険上の所得区分に関する情報を、千葉県が申請者の加入する医療保険者に報告を求めることについて <input type="checkbox"/> 同意する ※給付を受ける場合は同意が必要となります。				
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)			
肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について千葉県へ転入しましたので、旧参加者証の写し・世帯全員分の住民票等を添えて届出します。 年 月 日 届出者 住所 氏名 対象者との続柄 () (代理人の場合は代理人の氏名の記載) 千葉県知事 様				
上記の者は、現在、千葉県の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の転入手続き中であり、千葉県の参加者証が発行された場合、下記の公費負担番号と、受給者番号が適用されることとなります。 本欄に保健所受付印が押印されている場合のみ、参加者証が新しく発行されるまでの間の代わりとして利用できます。ただし、有効期限は保健所受理日から1か月です。				
公費負担者番号				
受給者番号				

(様式 13)

別に郵送先を指定する場合は、下記に記入してください。(申請窓口での受取は窓口住所)
下記に記入がない場合は、申請者の住所への郵送となります。

カナ氏名													申請者との続柄									
漢字氏名																						
住 所	郵便番号						市町村名			電 話 番 号												
				—																		
	字・番地																					
	方書 (アパート、〇〇方)																					