

(様式第1号)

肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書				
申 請 者	ふりがな 氏名		性別	男 女
	生年月日	明昭 大平	年 月 日	職業
	住所	(電話)		
	世帯の市町 村民税額 (所得割)	円		
加 入 医 療 保 険	加入	被保険者氏名		申請者との 続 柄
	医療	保険種別	政・組・船・共・国・後・その他	被保険者証の 記号・番号
	保険	被保険者証 発行機関名		
		所在地		
病名				
又 受 は 診 保 医 療 薬 機 局 関 名 名	名称			
	所在地	-----		
	名称			
	所在地	-----		
	名称			
	所在地	-----		
	名称			
	所在地	-----		
連 絡 先	フリガナ 連絡先氏名		連絡先 (電話番号)	
	連絡先住所		受給者との 続 柄	
インターフェロン治療の効果・副作用等について説明を受け、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受給者証の交付を申請します。				
申請者氏名 印				
平成 年 月 日				
栃木県知事 殿				

併せて次の書類を添付してください。

1. インターフェロン治療受給者証の交付申請に係る診断書(様式第3号)
2. 市町村民税の証明書(世帯全員のもの)
3. 住民票謄本
4. 健康保険証等