|  |
| --- |
| **肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（　新規　・　更新　）****交付申請書** |
| ~~参加~~申請者（医療の給付を受けようとする者） | ふ り が な |  | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　　　名 |  　　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| 生年月日 | 　　　年　　　　月　　　　日　　　（　　　　歳） |
| 住　　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電 話 番 号 | （日中連絡のつく電話番号：　　　　　　　　　 ）  |
| 個 人 番 号 | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ |
| 加入医療保険 | 被保険者氏名 |  | 参加申請者との続柄 | 本人・家族 |
| 保険種別 | 協会けんぽ・健保組・共済・国保・国組・退職国保・後期高齢 |
| 被保険者証の記号・番号　 |  |
| 保険者番号 |  |
| 病　　　　名※該当するものに✔をしてください。 | □肝がん（Ｂ型肝炎ウイルスによる）□肝がん（Ｃ型肝炎ウイルスによる）□重度肝硬変（非代償性肝硬変）（Ｂ型肝炎ウイルスによる）□重度肝硬変（非代償性肝硬変）（Ｃ型肝炎ウイルスによる） |
| 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　　２．申請手続中　　３．受けていない（交付を受けている場合は、申請月以前の２４月以内の「肝炎治療自己負担限度月額管理票」の写しを添付すること） |
| 福祉医療制度の受給 | 無 ・ 有 （　障害　・　乳幼児 ・　ひとり親 ・　重度　・　精神　 ）※該当するものに○をつけてください |
| 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（裏面参照）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（　新規 ･ 更新　）交付を申請します。申請者（本人・代理人・法定代理人）　住　所 〒　　　　　　　　　　　　　（電話　　　　　　　　）ふりがな　　　　　　　　　　　　　 　（参加申請者との続柄：　　　　　）　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　（代理人の場合は代理人の氏名の記載）奈良県知事　殿 |

|  |
| --- |
| 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業＜本事業の目的＞患者の医療費の負担軽減を図りつつ、肝がん・重度肝硬変の治療効果、患者の生命予後や生活の質を考慮し、最適な治療を選択できるようにするための研究を促進する仕組みを構築することを目的としています。＜同意について＞厚生労働省では、肝がん・重度肝硬変の研究を推進するため、この申請書に添付された診断書（臨床調査個人票）をデータベースに登録し、厚生労働省の研究事業等の基礎資料として使用することとしています。また、臨床調査個人票の使用にあたっては、個人情報の保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。なお、この同意は添付された臨床調査個人票を疾病研究の基礎資料として活用することに対する同意であり、臨床調査研究分野の研究班で行われる臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めてそれぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、同意を得ることとされています。 |

