

72週投与

肝炎インターフェロン(ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法)
治療受給者証有効期間延長申請書

沖縄県知事 殿

私は、インターフェロン投与期間を48週を超えて最大72週まで延長することについて、治療の効果・副作用等に関し、医師から十分説明を受け同意しましたので、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長を申請します。

(申請者記載欄)	申請日	年 月 日 (歳)						
	フリガナ申請者名							
	生年月日	年 月 日 (歳)			性別	男 女		
	住所	〒 (電話)						
	受給者番号							
	受給者証有効期間(現行)	(開始)	年	月	日	~ (終了)	年	月

- 注 1 本申請書(A)は、住所を管轄する保健所に申請してください。
- 2 延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。
- 3 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。
- 4 受給者番号、有効期間はお手持ちの肝炎治療受給者証を確認の上、記入してください。
- 5 申請に係る書類に個人番号(マイナンバー)が記載されている場合は受付できませんのでご注意ください

