

肝炎治療受給者証有効期間延長申請書

(申請者記載欄)

鳥取県 総合事務所長  
鳥取市保健所長 様

私は、インターフェロン投与期間内において、肝炎インターフェロン治療の副作用及びその他の疾患の治療等の要因により、肝炎インターフェロン治療を一時休止し、当初の治療予定期間を超えることとなったため、肝炎治療受給者証の有効期間の2か月延長を申請します。

※以下の項目すべてに記入してください。

記載年月日 年 月 日

申請者

現住所 (〒 - )

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (直筆の場合は、押印省略可)

電話番号 ( ) 性別 ( 男 ・ 女 )

生年月日 ( 年 月 日生 (満 歳))

■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。

受給者番号

現行有効期間

(開始: 年 月 日 ~ 終了: 年 月 日)

- 注1) 延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。  
2) 裏面(担当医記載欄)について、担当医に記載を依頼してください。  
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) 本申請書のお問合せ及び提出の窓口は次の事務所です。

鳥取市保健所 0857-22-5694

鳥取県中部総合事務所福祉保健局(倉吉保健所) 0858-23-3145

〃 西部総合事務所福祉保健局(米子保健所) 0859-31-9317

(担当医記載欄)

申請者( \_\_\_\_\_ :フリガナ \_\_\_\_\_ )のインターフェロン投与期間内において、肝炎インターフェロン治療の副作用及びその他の疾患の治療等の要因により、肝炎インターフェロン治療を一時休止したため、当初の治療予定期間を超える治療期間の延長が必要であり、肝炎治療受給者証の有効期間を2か月延長(計1年2か月まで)する必要があると判断する。

※以下の項目にすべて記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名

及び所在地

担当医師名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 ( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )

インターフェロン治療休止の状況は、次のとおりです。

(1) 治療休止期間

治療休止期間	_____	から	_____	まで
--------	-------	----	-------	----

(2) 治療休止理由(該当するものに、チェック及び補足説明をお願いします。)

肝炎インターフェロン治療の副作用によるもの

[ \_\_\_\_\_ ]

他の疾患の治療等の要因によるもの

[ \_\_\_\_\_ ]

その他、本人の帰責性によらない、やむを得ない理由によるもの

(例：勤務先の都合による頻回な海外出張等)

[ \_\_\_\_\_ ]

(注) なお、副作用等の要因について、県担当者より確認の連絡をさせていただくことがありますのでご了承ください。