

別紙様式 1

**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	<input type="checkbox"/> 肝がん（B型肝炎ウイルスによる） <input type="checkbox"/> 肝がん（C型肝炎ウイルスによる） ※該当するものに✓を してください。 <input type="checkbox"/> 重度肝硬変（非代償性肝硬変）（B型肝炎ウイルスによる） <input type="checkbox"/> 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）												
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 _____ 自 署 又 は 記 名 押 印 _____（代理人の場合は代理人の氏名の記載と押印） 年 月 日													
奈良県知事 殿													

【 裏面の世帯調書にもご記入ください 】

別紙様式 1
(裏面)

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。

世帯調書

○住民票上の世帯全員について記載してください。

※住民票が別でも同じ医療保険に加入している方が他にいる場合は、その方も記入してください。

世帯員氏名		生年月日	参加申請者との続柄	住民票が別の場合○	加入医療保険種別と被保険者・被扶養者の別
1					()
	個人番号 * * * * * - * * * * * * - * * * * *				被保険者・被扶養者
2					()
	個人番号 * * * * * - * * * * * * - * * * * *				被保険者・被扶養者
3					()
	個人番号 * * * * * - * * * * * * - * * * * *				被保険者・被扶養者
4					()
	個人番号 * * * * * - * * * * * * - * * * * *				被保険者・被扶養者
5					()
	個人番号 * * * * * - * * * * * * - * * * * *				被保険者・被扶養者
6					()
	個人番号 * * * * * - * * * * * * - * * * * *				被保険者・被扶養者
7					()
	個人番号 * * * * * - * * * * * * - * * * * *				被保険者・被扶養者
8					()
	個人番号 * * * * * - * * * * * * - * * * * *				被保険者・被扶養者