

副作用延長用

肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書

沖縄県知事 殿

インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える可能性があるため、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	平成 年 月 日									
	フリガナ申請者名	印									
	生年月日	明 昭 大 平	年 月 日 (満 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)平成 年 月 日 ~ (終了)平成 年 月 日									
【担当医記載欄】	(治療が一時中断となった理由等を記載してください)										
	上記の理由により、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える(2か月までの延長)可能性があるため、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長が必要であると判断する。										
	※ 申請者が受けている治療がテラプレビルを含む3剤併用療法(24週)の場合、担当医師は以下の項目にチェックしてください。(有効期間延長の認定にはチェックが入っていることが必要です。)										
	<input type="checkbox"/> 治療実施医療機関は、日本肝臓学会専門医が常勤し、日本皮膚科学会認定専門医主研修施設又は研修施設に勤務する皮膚科専門医と連携している。										
	記載年月日 平成 年 月 日										
	医療機関名 所在地 医師名 印										
(注)なお、副作用等の要因について、担当者より確認の連絡をさせて頂くことがありますのでご了承ください。											

- 注 1 手続きは、住所を管轄する保健所に受給者証を添付し申請してください。
(事前に保健所へ日時内容等を連絡し来所くださいますようお願いいたします。)
- 2 延長は、現行有効期間に引き続く2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インターフェロン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