

72週投与用

肝炎治療受給者証有効期間延長申請書

（申請者記載欄）

山梨県知事 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、肝炎治療受給者証の有効期間延長を申請します。

※以下の項目すべてに御記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日 年 月 日

（フリガナ）
申請者氏名 _____ 印

性別（男・女）

生年月日 年 月 日生【満 歳】

現住所（〒 _____）

電話番号（ _____ ）

※お持ちの肝炎治療受給者証を確認の上、記入して下さい。

受給者番号（ ）

現行有効期間 年 月 日～ 年 月 日

注1）本申請書は受給者証の交付を受けた保健所に申請して下さい。

2）有効期間の延長は現行有効期間に引き続く6箇月を限度とします。

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御注意ください。

（シメプレビルを含む3剤併用療法延長用）

肝炎治療受給者証（プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法）有効期間延長申請書

（申請者記載欄）

山梨県知事 殿

私は、プロテアーゼ阻害剤（シメプレビル）を含む3剤併用療法を、24週を超えて最大48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、肝炎治療受給者証（プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法）の有効期間延長を申請します。

※以下の項目すべてに御記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日 年 月 日

（フリガナ）
申請者氏名 _____ 印

性別（男・女）

生年月日 年 月 日生【満 歳】

現住所（〒 _____）

電話番号 _____（ _____）

※お持ちの肝炎受給者証（プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法）を確認の上、記入して下さい。

受給者番号（ ）

現行有効期間 年 月 日～ 年 月 日

注1）本申請書は受給者証の交付を受けた保健所に申請して下さい。

2）有効期間の延長は現行有効期間に引き続く6箇月を限度とします。

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御注意ください。

(副作用等延長用)

肝炎治療受給者証有効期間延長申請書

(申請者記載欄)

山梨県知事 殿

私は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、肝炎治療受給者証の有効期間延長を申請します。

※以下の項目すべてに御記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日 年 月 日

(フリガナ)
申請者氏名 _____ 印

性別 (男 ・ 女) 生年月日 . 年 月 日生【満 歳】

現住所 (〒 -)

電話番号 _____ ()

※お持ちの肝炎インターフェロン治療受給者証を確認の上、記入して下さい。

受給者番号 ()

現行有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

(担当医記載欄)

(フリガナ)
申請者【 _____ 】について、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 (計 2 か月までの延長) 可能性があるため、肝炎治療受給者証 (インターフェロン治療) の有効期間延長が必要と判断する。

※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 (2 4 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。

治療実施医療機関は、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤し、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 年 月 日

医療機関名

その所在地 (〒 -)

担当医師名 _____ 印

(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御了承ください。

注 1) 本申請書は受給者証の交付を受けた保健所に申請して下さい。

2) 有効期間の延長は現行有効期間に引き続く 2 箇月を限度とします。

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御注意ください。