

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)有効期間延長申請書(副作用等延長用)

		受給者番号			
		受給者証有効期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
フリガナ		性別	生年月日(年齢)		
患者氏名 (受給者)		男・女	明昭 大平	年 月 日生	(満 歳)
住所	(〒 -)				
	電話番号 ()				
私は、インターフェロン投与期間において、下記の要因により、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。					
(あて先) 埼玉県知事		記載年月日 平成 年 月 日			
申請者 (代理人)		氏名	患者との続柄()		
申請者が、上記患者と → 同様の場合には、 記入の必要はありません。		住所			
		電話番号			

【延長理由】(1又は2のいずれかの□にチェックを入れてください。なお、延長理由1の場合、「担当医記載欄」に担当医師の証明が必要です。)

<input type="checkbox"/> 1. 副作用等の要因による治療休止					
(担当医記載欄)					
患者() :フリガナ()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 平成 年 月 日				
所在地					
医療機関名					
電話番号	医師氏名	印			

<input type="checkbox"/> 2. その他の要因による治療休止					
(具体的な理由を記載してください。理由が確認できる資料等を添付いただく場合があります。)					

(注) 1. この申請書は、現行有効期間が満了するおおよそ2か月前までに、管轄の保健所に提出してください。

(必要書類: 受給者証)

- この申請書による有効期間延長は、次の場合のみに適用されます。
 - 副作用や他の疾患の罹患によって1~2か月程度の治療休止期間が必要となり、当初の治療予定期間を超える可能性がある場合。
 - その他本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合(例: 勤務先の都合による頻回な海外出張等)。
- 延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします(再治療(再投与)は対象外です。)
- 副作用等の要因について、確認の連絡や理由が確認できる資料等を添付いただく場合がありますので御了承ください。
- 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。