

肝炎治療受給者証(インターフェロンフリー治療)有効期間変更申請書

【申請者記載欄】

受給者番号		当初の有効期間	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 ()										
<p>私は、インターフェロンフリー治療の治療期間を、下記のとおり変更したいので、肝炎治療受給者証の有効期間の変更を申請します。</p> <p>(あて先) 埼玉県知事 平成 年 月 日</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px; font-size: small;"> 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。 </div> <div style="margin-right: 10px;">申請者 (代理人)</div> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">氏名</td> <td>患者との続柄()</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> </table> </div>						氏名	患者との続柄()	住所		電話番号	
氏名	患者との続柄()										
住所											
電話番号											

【医師記載欄】

当初の治療期間	:	平成	年	月	日	~	平成	年	月	日
変更後の治療期間	:	平成	年	月	日	~	平成	年	月	日
(期間変更の理由)										
(〒 -)						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	