

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（治療休止による延長用）

年 月 日

保健所長

住 所

申請者

氏 名

印（続柄： ）

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（インターフェロン治療）の有効期間延長を申請します。

（申請者記載欄）

受給者氏名							
生年月日	年 月 日生（満 歳）						
受給者番号							
現行有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日						
治療休止の理由							

（担当医記載欄）

フリガナ

受給者（ ）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であると判断する。

記載年月日	年 月 日
医療機関名及び所在地	
担当医師名 （連絡先	印 ）

※ なお、治療休止の理由について、保健所担当者及び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ご了承ください。

注1）本申請書は、現行有効期間が満了する前に、管轄保健所に申請してください。

注2）有効期間の延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。

注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。