

参加者証交付後に手続きが必要となる場合

- 参加者証の交付後、次に該当する場合には、別途手続きが必要となります。
- 所定の用紙に必要な書類をそえて、速やかに、お住まいの地域の申請窓口へ提出してください。
- 写しを提出する書類については、窓口で確認を行うため、必ず原本を持参してください。

	手続きが必要となる場合	提出様式・添付書類等
1	他の都道府県で参加者証の交付を受けた後に、県内に転入した場合 <u>注）転入日の属する月の翌月の末日までに手続きが必要です</u>	● <u>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証交付申請書（様式1号）</u> <添付書類> ●申請者の住民票の写し（コピー不可） ●転入前の参加者証の原本
2	研究に参加することの同意を撤回したい等認定の取消を求める場合	● <u>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加修了申請書（様式14号）</u> <添付書類> ●参加者証の原本 ※申請書の受理日の属する月の末日までは、同意の撤回はできません※
3	申請書及び参加者証の記載内容に変更があった場合 ①氏名の変更 ②住所の変更 ③加入医療保険の変更 ④加入医療保険の適用区分の変更	● <u>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証変更申請書（様式16号）</u> <添付書類>参加者証の原本及び①～③に掲げる書類 ①変更後の免許証や住民票等氏名が確認できるもの ②変更後の住民票等（参加者分のみ） ③④提出書類については変更後のものを添付することとする。 《69歳未満の方》 ・被保険者証（健康保険証）の写し ・限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の写し 《70歳以上で適用区分が一般にあたらぬ方》 ・「被保険者証（健康保険証）と高齢受給者証の写し」もしくは「後期高齢者医療被保険者証の写し」 ・限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の写し 《70歳以上で適用区分が一般にあたる方》 ・「被保険者証（健康保険証）と高齢受給者証の写し」もしくは「後期高齢者医療被保険者証の写し」 ・世帯全員（申請者と同保険に加入している者のみで可）の住民票の写し<コピー不可> ・申請者と同保険に加入している世帯全員の市町民税課税年額（または非課税）を証する書類 <u>※上記に併せて、加入医療保険の保険者が市町及び国民健康保険組合の方は、保険照会にかかる同意書が必要です</u>

4	参加者証の紛失、破損等により再交付が必要となった場合	<p>●<u>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証再交付申請書（様式17号）</u></p> <p><添付書類></p> <p>●破損・汚損の場合は参加者証の原本</p>
5	<p>参加者証の有効期間内の各月に、参加者証の自己負担限度額を超えて医療機関に支払った対象医療費がある場合</p> <p>例) 参加者証が交付されるまでの間に支払った場合、同月内に同一の指定医療機関において複数回入院した際の自己負担を合算して高額療養費限度額に達した場合、外来医療を受療し、高額療養費達した場合など</p>	<p>●<u>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書（様式19号）</u></p> <p><u>様式19号欄外（提出にあたっての注意事項）をよくご確認のうえ請求してください。</u></p> <p><添付書類></p> <p>① 参加者証の写し（必須）</p> <p>② 医療記録票の写し等（必須）</p> <p>③ 委任状（請求者と参加者が異なる場合）</p> <p>※お手続きの際は印鑑と通帳をご用意ください。</p>
6	治癒、治療の中止、死亡、階層区分の変更、その他の理由により参加者の資格を失った場合	<p>●<u>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証返還届（様式20号）</u> <添付書類></p> <p>●参加者証の原本</p>

様式 14 号

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書

公費負担者番号								
公費負担医療の 受給者番号								
住 所								
ふ り が な 氏 名								
生 年 月 日	年 月 日						男 ・ 女	
参加者証の有効期間	自	年	月	日	至	年	月	日
添付書類	<input type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証							
参加終了の理由 (任意記載)	1. 自分の臨床データを活用されたくない 2. 医療費の助成を受けたくない 3. その他 ()							
<p>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について説明を受け、本事業の趣旨を理解し、厚生労働省の研究事業に臨床データ（臨床調査個人票等）を提供し、活用されることに同意して本事業に参加しておりましたが、今般、同意を撤回することとし、事業への参加を終了することとしたいので申請します。</p> <p>なお、本申請書の受理日の月の末日まで、臨床データ（臨床調査個人票等）が活用されることについてあらかじめ了承いたします。</p>								
年 月 日			申請者氏名 （代理人の場合は代理人の氏名の記載） 電話（ ） — 電子メールアドレス 兵庫県知事 様					



肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証変更申請書

を 受 け る 者 (医 療 の 給 付 参 加 者)	ふりがな 氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	公費負担医療 の受給者番号	
	住 所	〒 電話 () -		

変 更 内 容 (※変更項目のみ記入)

項 目	変更前	変更後
ふりがな 氏 名		
住 所	〒 電話 () -	〒 電話 () -
加 入 医 療 保 険	被保険者氏名 (参加者との続柄)	参加者との続柄 〔 〕
	保 険 種 別	
	被保険者証の 記号・番号	(記号) (番号)
	被保険者証発行 機関番号・名称	(番号) (名称)
	適 用 区 分	

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証にかかる変更を申請します。

〒

住所

電話 () -

電子メールアドレス

ふりがな

参加者との続柄

氏名

年 月 日

(代理人の場合は代理人の氏名の記載)

兵 庫 県 知 事 様

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証再交付申請書

(医療の給付を受ける者) 参加者	ふりがな 氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日	公費負担医療 の受給者番号	
	住所	〒 電話 () -		
申請理由	該当するものに○を付けてください 1. 破損・汚損 2. 紛失 3. 盗難 4. その他 ()			
(備考)				
肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の再交付を申請します。 〒 住所 電話 () - 電子メールアドレス ふりがな 氏名 (参加者との続柄) (代理人の場合は代理人の氏名の記載)				
年 月 日		※「参加者証」は参加者あてに送付します。 申請者あてに送付希望の場合はチェックしてください→ <input type="checkbox"/>		

注) 破損・汚損の場合は返却してください。



様式 19 号

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書

兵 庫 県 知 事 様		年 月 日
請求者（預金口座の名義人） 住 所（〒 — — ）	公費負担者番号	3 8
	受 給 者 番 号	
	参 加 者 氏 名 (医療の給付を受ける者)	
	参加者生年月日	年 月 日
	参加者証有効期間	年 月 日～ 年 月 日
フリガナ 氏 名	振込先金融機関	銀行・信用金庫 支店 農協・信用組合
TEL — —	預金口座種別	普通・当座・貯蓄・その他 () いずれかを ○で囲む
電子メールアドレス	支 店 番 号	口座番号
	フ リ ガ ナ 口 座 名 義 人	
年 月の公費負担の対象となる医療費を下記のとおり請求します。		
請求額 ￥ 円		

支給決定額欄(県が記入します) ※ 円				
医療費等証明額欄 (10 円単位で記入してください。太枠内の請求額欄は記入しないでください。)				県使用欄
保険種別及び自己負担割合 (該当を○で囲む)	区 分	日数回数	社会保険診療報酬請求による総医療費	患者負担額
1.協健 2.組合 3.共済 4.国保 5.後期高齢者 6.その他 ()	医 療 費		円	円
a.本人 b.家族			円	円
1.3割 2.2割 3.1割 4.その他 ()			合 計 ￥	円
入院証明期間	年 月 日～ 同月 日	受診日 調剤日	年 月 日	

参加者から上記の患者負担額を領収したことを証明します。

所在地 _____

年 月 日

医療機関 _____

名 称 _____

TEL _____

電子メールアドレス _____

※提出にあたっての注意事項※

- 1 本請求書とともに①～④の書類を添付し、1月ごとにとりまとめて請求をおこなってください
 - ①参加者証の写し
 - ②様式 13-1 号による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の写し
 - ③核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付を受けている場合は、助成対象となる医療を受けようとする月以前の12月以内の「肝炎治療自己負担限度月額管理票」の写し
 - ④その他、知事が申請内容の審査に必要と認める書類
- 2 健康福祉事務所（保健所）に提出してから、支払まで5カ月程度を要します。支払は通帳記入にて確認してください。
- 3 訂正箇所は、訂正印が必要です。
- 4 請求者と参加者が異なる場合は委任状の提出が必要です。

請求者と受給者が異なる場合は、委任状の提出が必要です。

委任状

受任者住所	
受任者氏名	

私こと、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

委任事項

- 1 肝炎治療にかかる医療費等の請求及び受領に関する一切の事項

委任者住所	
委任者氏名	電話番号 () 電子メールアドレス



肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証返還届

参加者 (医療の給付を受ける者)	ふりがな 氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日		
	住所	(電話)		
	受給者番号			

届出理由	該当するものに○を付けてください 1. 病気の治癒 2. 治療の中止 3. 死亡 4. 階層区分の変更 5. その他 ()
------	--

発生日	年 月 日
-----	-------

理由	
----	--

備考

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証を返還します。

【届出者】 住所 [〒]

電話 ()
電子メールアドレス

ふりがな _____
氏名 _____ [参加者との続柄]

(代理人の場合は代理人の氏名の記載)

年 月 日

兵庫県知事 様