

(様式10 - 2)

(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(シメプレビルを含む3剤併用療法)有効期間延長申請書

三重県知事 へ

私は、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(シメプレビルを含む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 (〒)

三重県

電話番号 ()

お手持ちの肝炎治療受給者証(シメプレビルを含む3剤併用療法)を確認の上、記入してください。

受給者番号

現行有効期間(開始 年 月 日 ~ 終了 年 月 日)

- 注1) 本申請書は、現行有効期間が満了する前に、保健所に申請してください。
2) 延長する期間は、現行有効期間の開始日から1年を超えない期間を限度とします。
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ご注意ください。

