

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

静岡県知事 様

静岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費として下記のとおり請求します。

患者自己負担合計額 円	請求者	年 月 日 (千 ー)	住 所 氏 名 受 給 者 との続柄 電話番号 ー ー
交付決定額 円		⑤	
請求対象 年 月 診療分			

(参加者証記載事項)

参加者番号	参加者氏名
参加者証有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日

(振込先口座)

金融機関名（該当に○）、支店名	預金種別（該当に○）、口座番号	口座名義人（請求者本人）
銀行・信金・信組 農協・労金	普通預金 ・ 当座預金 (総合口座)	カナ
支店		漢字

(提出に当たっての注意事項)

- 1 請求書は月ごとに作成してください。別々の月を 1 枚の請求書にまとめて請求することはできません。
- 2 本請求を行う際は、以下の書類を添付の上、請求してください。
 - (1) 参加者の氏名が記載された被保険者証、高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証の写し
 - (2) 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の写し
 - (3) 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票の写し等
 - (4) 当該月において受診したすべての医療機関が発行した領収書及び診療明細書
- 3 交付決定額（支払額）について疑問点があれば、請求先までお問い合わせください。

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票

○患者の方へのお願い

肝がん又は重度肝硬変により入院した場合には、この記録票を、保険医療機関の窓口に忘れずに提示してください。
また、都道府県に償還払いを請求する場合は、この記録票の写しを請求書に添付してください。

○保険医療機関の方へのお願い

この入院医療記録票が提示されましたら、肝がん・重度肝硬変入院関係医療にかかる記録の記載をお願い致します。
指定医療機関以外の保険医療機関は、この入院医療記録票が提示されましたら、指定医療機関の指定を受けるよう努めてください。

氏名		生年月日	年	月	日
住所		性別			

年 月

日付	医療機関名（印）	医療内容	入院関係医療の自己負担額 （注1）	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			入院関係医療の高額療養費 算定基準額（注2）	保険診療の 高額療養費算定基準額	保険種別	被保険者証の記号・番号
（入院日）		□肝がん・重度肝硬変入院関係医療	円	円	円	
（退院日）			円	円		
（入院日）		□肝がん・重度肝硬変入院関係医療	円	円	円	
（退院日）			円	円		

① 当該月の入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの保険医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

当該月以前の12月において、入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント	／12	当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください	
--	-----	----------------------------	--

② ①の数値が「4／12」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を1万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

当該月以前の12月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を1万円とした月数のカウント	（医療機関名）	／12	当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください
	（医療機関名）	／12	

年 月

日付	医療機関名（印）	医療内容	入院関係医療の自己負担額 （注1）	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			入院関係医療の高額療養費 算定基準額（注2）	保険診療の 高額療養費算定基準額	保険種別	被保険者証の記号・番号
（入院日）		□肝がん・重度肝硬変入院関係医療	円	円	円	
（退院日）			円	円		
（入院日）		□肝がん・重度肝硬変入院関係医療	円	円	円	
（退院日）			円	円		

① 当該月の入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの保険医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

当該月以前の12月において、入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント	／12	当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください	
--	-----	----------------------------	--

② ①の数値が「4／12」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を1万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

当該月以前の12月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を1万円とした月数のカウント	（医療機関名）	／12	当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください
	（医療機関名）	／12	

年 月

日付	医療機関名（印）	医療内容	入院関係医療の自己負担額 （注1）	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			入院関係医療の高額療養費 算定基準額（注2）	保険診療の 高額療養費算定基準額	保険種別	被保険者証の記号・番号
（入院日）		□肝がん・重度肝硬変入院関係医療	円	円	円	
（退院日）			円	円		
（入院日）		□肝がん・重度肝硬変入院関係医療	円	円	円	
（退院日）			円	円		

① 当該月の入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの保険医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

当該月以前の12月において、入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント	／12	当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください	
--	-----	----------------------------	--

② ①の数値が「4／12」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を1万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

当該月以前の12月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を1万円とした月数のカウント	（医療機関名）	／12	当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください
	（医療機関名）	／12	

（注1）上記②に該当する場合は「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（1割～3割。ただし、この記入欄においては、1割～3割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。

（注2）上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「4／12」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票
（指定医療機関以外の医療機関用）

私は、下に記載するとおり、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業における指定医療機関以外の医療機関に入院して入院関係医療を受けたので、関係書類を添えてその旨を証明します。

氏名		生年 月日	年 月 日	性別	
住所					
保険者 番号		保険 種別			
被保険者証の 記号・番号					
入院月	年 月（今月 回目）	入院 年月日	年 月 日から	年 月 日まで	
医療機関名					
医療内容等	関係資料のとおり				

【備考】

○患者の方へのお願い

本記録票は、指定医療機関以外の医療機関に入院し、肝がん・重度肝硬変入院関係医療を受けた場合で、当該医療機関が肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票（様式第2号）に記載しない場合に、様式第2号による入院記録票の代わりになるものとなります。

当該医療機関で入院関係医療を受けたことを確認できる書類（領収書及び診療明細書等）を関係資料として添付して保管し、指定医療機関に入院する場合や償還払いの請求を行う場合に、様式第2号による入院記録票と併せて、指定医療機関や都道府県知事に提出してください。

一つの医療機関に入院する度に、本記録票を作成してください。

○指定医療機関の方へのお願い

本記録票は、指定医療機関以外の医療機関に入院し、肝がん・重度肝硬変入院関係医療を受けた場合で、当該医療機関が肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票（様式第2号）に記載しない場合に、様式第2号による入院記録票の代わりになるものとなります。

患者の方から本記録票が提示されましたら、同時に提示される様式2号による入院記録票に記載されている内容を踏まえて、様式第2号による入院記録票への記載や医療費の助成等の対応をお願いいたします。

なお、患者の方が指定医療機関に初めて入院された方で、本記録票のみが提示された場合は、本記録票の内容も踏まえて入院関係医療のカウントを行った上で、様式第2号による入院記録票への記載、交付等を行ってください。

また、様式第2号による入院記録票が既に記載されている月よりも前の月にかかる入院についての本記録票が提示された場合、様式第2号による入院記録票に既に記載された入院関係医療のカウントに修正を行っていただく必要はありません。

様式第3号（第5条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（新規・更新・転入） 交付申請書				
申請者 (医療の給付を受けようとする者)	フリガナ			性別 男・女
	氏名			
	生年月日	年	月 日	
	住所	〒 (電話 — —)		
	加入医療保険	被保険者氏名		申請者との続柄
保険種別		協・組・共・国・後		
被保険者証の記号・番号				
保険者番号				
病名				
本助成制度 利用歴	1 あり	2 なし		
	公費負担者番号 ()			
	受給者番号 ()			
		有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)		
<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、同意するので、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の（新規・更新・転入）交付を申請します。</p> <p>また、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による医療費の支給を受けるに当たり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、静岡県が私の加入する医療保険者に報告を求め、提供を受けることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 印 (代理人の場合は代理人の氏名の記載と押印)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">静岡県知事 様</p>				

臨床調査個人票及び同意書

フリガナ		性別	生年月日(年齢)	
患者氏名		男・女	年 月 日	(満 歳)
住所	〒 電話番号 ()			
診断年月	年 月	前医 (あれば記載する)	医療機関名 医師名	
検査所見	<p>直近の所見を入力すること。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー(該当する項目にチェックを入れる)</p> <p><input type="checkbox"/> HBs抗原陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p>又は</p> <p><input type="checkbox"/> HBV-DNA陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> HBs抗原消失例 (過去に6ヶ月以上間隔を空けて実施した連続する2回の測定結果でHBs抗原陽性である)</p> <p>1回目 HBs抗原陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p>2回目 HBs抗原陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー(該当する項目にチェックを入れる)</p> <p><input type="checkbox"/> HCV抗体陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> HCV-RNA陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p>3. 血液検査 (検査日: 年 月 日)</p> <p>AST _____ U/L ALT _____ U/L 血小板数 _____ /μL</p> <p>血清アルブミン _____ g/dL 血清総ビリルビン _____ mg/dL プロトロンビン時間 _____ %</p> <p>4. 身体所見(該当する項目にチェックを入れる) (検査日: 年 月 日)</p> <p>腹水 (<input type="checkbox"/>なし、<input type="checkbox"/>軽度、<input type="checkbox"/>中程度以上)</p> <p>肝性脳症 (<input type="checkbox"/>なし、<input type="checkbox"/>軽度(I, II)、<input type="checkbox"/>昏睡(III以上))</p>			
診断根拠	<p>【肝がんの場合】(該当する項目にチェックを入れる)</p> <p><input type="checkbox"/> 画像検査(<input type="checkbox"/>造影CT、<input type="checkbox"/>造影MRI、<input type="checkbox"/>血管造影/造影下CT) (検査日: 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 病理検査(<input type="checkbox"/>切除標本、<input type="checkbox"/>腫瘍生検) (検査日: 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> <p>※その他の場合には、その具体的な内容を記載のうえ、根拠となる資料を添付すること。</p> <p>【重度肝硬変(非代償性肝硬変)の場合】(該当する項目にチェックを入れる)</p> <p><input type="checkbox"/> Child-Pugh score で7点以上 (検査日: 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 別に定める「重度肝硬変(非代償性肝硬変)の医療行為」の治療歴を有する。 (当該医療行為の実施日: 年 月 日)</p>			
その他記載すべき事項				
診断	<p>該当するすべての項目にチェックを入れる。</p> <p><input type="checkbox"/> 肝がん (B型肝炎ウイルスによる)</p> <p><input type="checkbox"/> 肝がん (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p><input type="checkbox"/> 重度肝硬変(非代償性肝硬変) (B型肝炎ウイルスによる)</p> <p><input type="checkbox"/> 重度肝硬変(非代償性肝硬変) (C型肝炎ウイルスによる)</p>			
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日			
医師氏名	印			

同意書

厚生労働省の研究事業について説明を受け、本研究事業の趣旨を理解し、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ます。

同意年月日 年 月 日

患者氏名 印
(代諾者の場合は代諾者の氏名 印)

（表）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証								
公費負担者番号								
公費負担医療の 受給者番号								
参加者	住所							
	氏名							
	生年月日	年 月 日					男・女	
保険種別	協・組・共・国・後		被保険者証の記号・番号					
保険者番号					適用区分			
有効期間	自 年 月 日		至 年 月 日					
自己負担月額	10,000円							
都道府県 知事名 及び印	静岡県知事 氏名 印							
交付年月日	年 月 日							
備考								

様式第5号（第6条関係）（用紙 日本産業規格B7縦型）

（裏）

注意事項

- 1 本証を交付された方は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業（以下「本事業」という。）の参加者となり、2の条件を満たした場合に限り、別に定める対象医療の費用のうち4月目以降の費用について、患者一部負担の月額が1万円になります。
- 2 本事業において助成対象となる医療は、原則として、過去12月以内に、保険医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた月数が既に3月以上ある場合であって、指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療（高額療養費が支給される者に限る。）を受けた月のものに限られます。
- 3 指定医療機関の窓口での負担が1万円となるのは、同一の月に、一つの指定医療機関における1回の入院で、肝がん・重度肝硬変入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合です。
- 4 同一の月に、一つの指定医療機関における複数回の入院で、肝がん・重度肝硬変入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えたなどの場合は、償還払いの手続きをとることになります。
- 5 窓口負担が1万円になった場合でも、審査支払機関の審査の結果によっては、条件を満たさないことになり、追徴となる可能性があるので留意してください。
- 6 本証の交付を受けた際は、必ず、入院している指定医療機関に提示してください。
- 7 本証の有効期間の満了後に引き続き本事業に参加することを希望する場合は、交付申請書に必要事項を記載し、第5条に定める交付申請書に添付する書類（住民票等）を添えて、静岡県知事に更新の申請を行ってください。
- 8 本証の住所、氏名、保険種別、被保険者証の記号・番号及び保険者番号に変更があったとき（他の都道府県に転居した場合を除く）は、速やかに、「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証記載事項変更届」を作成し、本証と、変更箇所に関係する書類を添えて静岡県知事に提出してください。
- 9 静岡県外へ転出する場合（住民票を移した場合）において、転出後も本事業に参加し、参加者証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに、住所等変更箇所を記載した交付申請書を、本証と、転居先の都道府県が定める交付申請書に添付する書類（住民票等）を添えて、転出先の都道府県知事に提出してください。
- 10 静岡県知事に償還払いを請求する場合は、本証の写しを静岡県知事に提出することになります。
- 11 厚生労働省の研究事業に協力することの同意の撤回を希望する場合、及び事業への参加を終了したい場合は、静岡県知事に、「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書」に必要事項を記載し、本証を添えて提出してください。なお、「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書」を静岡県が受理した日に属する月の末日までは、同意が撤回されないことに留意してください。
- 12 本証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、静岡県知事にその旨を届け出てください。
- 13 本証を不正な目的で用いないでください。また、本証の利用は誠実に行ってください。
- 14 その他の問い合わせは下記に連絡してください。

問い合わせ先

様式第6号（第6条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加不承認通知書

第 号
年 月 日

様

静岡県知事 氏名 印

年 月 日付けで申請のあった肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証交付申請について審査した結果、下記の理由により承認できないのでお知らせします。

記

理由	
----	--

<p style="text-align: center;">肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書</p>								
公費負担者番号								
公費負担医療の 受給者番号								/
住 所	〒							
フリガナ								
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> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>静岡県知事 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 _____ 印 (氏名を自署する場合は、押印は不要です。)</p>								

様式第 8 号（第 7 条関係）（用紙 日本産業規格 A 4 縦型）

<p style="text-align: center;">肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了通知書</p>								
公費負担者番号								
公費負担医療の 受給者番号								/
住 所	〒							
フリガナ								
氏 名								
生 年 月 日	年 月 日						男 ・ 女	
参加者証の有効期間 (直近のもの)	自	年	月	日	至	年	月	日
助成制度の利用実績	自	年	月	日	至	年	月	日
終了年月日	年 月 日						日 (受理日の月の末日)	
終了の理由	1 参加終了申請書の提出 2 その他 ()							
<p>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業への参加は、上記終了年月日をもって終了することを通知する。なお、同日付をもって、本事業に関する臨床データ（臨床調査個人票等）の活用を終了するものとする。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">静岡県知事 氏名 印</p>								

様式第9号（第9条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証記載事項変更届

氏名		受給者 番号							
住所	〒								
変更内容									
項目	変更前				変更後				
<p>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に継続して参加することに同意するため、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の記載事項の変更を届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>静岡県知事 様</p> <p style="text-align: right;">届出者 氏名 _____ 印 (氏名を自署する場合は、押印は不要です。)</p>									

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

申請者	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	年 月 日	職業	
	住所	〒 (電話 - -)		
	受給者番号			
申請理由	1. 破損・汚損 2. 紛失 3. 盗難 4. その他 ()			
(備考)				
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>静岡県知事 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 _____ 印 (氏名を自署する場合は、押印は不要です。)</p>				

(注) 破損又は汚損の場合は、破損し又は汚損した肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証を添えてください。

年 月 日

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定申請書

静岡県知事 様

開設者住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）

開設者氏名（法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名）

印

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による指定医療機関として指定を受けたいので申請します。
 なお、指定の上は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実務上の取扱いの定めるところに従って、医療を担当します。

記

医療機関	名称	電話（ ）					
	種類	病院 ・ 診療所（有床）					
	所在地	〒					
	医療機関コード						
開設年月日		年 月 日					
開設者	住所 <small>（法人の場合は主たる事務所の所在地）</small>	〒					
	氏名 <small>（法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名）</small>						
<input type="checkbox"/> 実施要綱別表第 1 に定める医療を行うことができる施設である。 <input type="checkbox"/> 指定医療機関に求められる以下の役割を行うことができる。 <ul style="list-style-type: none"> ・肝がん・重度肝硬変患者がいる場合、本事業についての説明及び様式第 2 号の入院記録票の交付を行うこと。 ・様式第 2 号の入院記録票の記載を行うこと。 ・患者から依頼があった場合には、肝がん・重度肝硬変入院医療に従事している医師に個人票等を作成させ、交付すること。 ・当該月以前の 1 2 月以内に保険医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた月数が既に 3 月以上ある場合のものとして、本事業の対象となる肝がん・重度肝硬変入院関係医療（一部負担額が特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を超えるものに限る。）が行われた場合には、公費負担医療の請求医療機関として公費の請求を行うこと。 ・その他、指定医療機関として本事業に必要な対応について協力すること。 							

第 号
年 月 日

様

静岡県知事 氏名 ⑩

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定通知書

先にあった申請について、その内容を審査した結果、静岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱第 12 条の規定により指定する。

名 称	
所 在 地	
指定年月日	

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定辞退申出書

指定 医療 機関	医療機関コード									
	名 称	電話番号 (- -)								
	種 類	病 院 ・ 診 療 所								
	所 在 地	〒								
辞 退 の 理 由		〒								
辞 退 年 月 日										
<p>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の指定医療機関の辞退を申し出ます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 氏 名 (法人の場合はその名称と代表者の職・氏名)</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>静岡県知事 様</p>										

(注)

- 1 「指定医療機関」の「名称」記載欄には、正式名称を記載すること。

様式第 14 号（第 13 条関係）（用紙 日本産業規格 A 4 縦型）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定取消通知書

第 号
年 月 日

様

静岡県知事 氏名 印

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関の指定について、下記の理由により指定を取り消すのでお知らせします。

記

理 由	
-----	--

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定申請事項変更届

指 定 医療機関	医療機関コード											
	名 称		電話番号 (- -)									
変更のある事項に レ点を付し、変更後の 内容を記入する	医療 機 関	<input type="checkbox"/>	名 称	電話番号 (- -)								
		<input type="checkbox"/>	種 類	病 院 ・ 診 療 所								
		<input type="checkbox"/>	所 在 地	〒								
	開 設 者	<input type="checkbox"/>	住 所 <small>(法人の場合は主たる事務所の所在地)</small>	〒								
		<input type="checkbox"/>	氏 名 <small>(法人の場合はその名称と代表者の職・氏名)</small>									
<p>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定申請事項に変更があったため届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 <small>(法人の場合は主たる事務所の所在地)</small></p> <p style="text-align: center;">開 設 者 氏 名 <small>(法人の場合はその名称と代表者の職・氏名)</small></p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>静岡県知事 様</p>												

(注)

- 「医療機関」の「名称」記載欄には、正式名称を記載すること。

年 月 日

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定通知書再交付申請書

静岡県知事 様

開設者住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）

開設者氏名（法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名）

印

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による指定医療機関指定通知書の再交付を受けたいので申請します。

記

医療 機 関	名 称	電話（ ）							
	種 類	病 院 ・ 診 療 所（有床）							
	所在地	〒							
	医療機関コード								
開 設 年 月 日		年 月 日							
開 設 者	住 所 <small>（法人の場合は主たる事務所の所在地）</small>	〒							
	氏 名 <small>（法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名）</small>								