

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（B）

申請者記載欄

岡山県知事 殿

私は、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。

◎以下の項目すべて記入の上、署名・捺印してください。

住 所	市 町・村						
連 絡 先	— —						
生年月日	昭和・平成 年 月 日（満 歳）（男・女）						
受給者番号							
現行有効期間	開始：平成 年 月 日～終了：平成 年 月 日						
記載年月日	平成 年 月 日						
申請者氏名	署名（ ） ㊟						

注1）現行有効期間が満了する前に、住所地を管轄する保健所へ申請してください。

2）延長期間は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。

なお、郵送で提出される場合で受付の連絡が必要な場合は、下記のいずれかの連絡手段にチェックをして下さい。

上記記載の電話番号への電話による連絡

上記記載の住所への文書による連絡

（裏面に続く）

(裏面)

主治医記載欄

以下の事項について確認・記入の上、最後に署名・捺印をしてください。

申請者（患者氏名：_____）については、

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る治療中断期間があるため、当初の治療予定期間を超える（最長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。

※申請者が受けている治療がテラプレビルを含む3剤併用療法（24週）の場合、担当医師は以下の項目にチェックしてください。有効期間延長の認定にはチェックが入っていることが必要です。

治療実施医療機関は、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤し、日本皮膚科学会認定専門
医主研修施設又は研修施設に勤務する皮膚科専門医と連携している。

記載年月日：平成 年 月 日

専門医療機関名：()

担当医師名（署名）：() 印

注) なお、副作用等の要因について、県担当課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。