

肝炎インターフェロン治療有効期間延長申請書(副作用等延長用)

受給者	受給者番号		生年月日	年 月 日
	ふりがな 氏名		性別	
	住所	〒		

担当 医 師 記 載 欄	1. インターフェロン治療中断期間
	(治療中断日) 年 月 日 ~ (治療再開日) 年 月 日
	2. 中断理由
	上記の期間治療の中断があり、当初の治療予定期間をわずかに超える(計2か月までの延長)可能性があるため、肝炎治療受給者証の有効期間延長が必要であると判断する。
	年 月 日
	医療機関 住所 名称 担当医名 印

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、肝炎治療受給者証の有効期間延長を申請します。

年 月 日

申請者 住所
氏名 (本人との続柄)
(電話 - -)

滋賀県知事様

注) 受給者証の有効期間の延長は、副作用による治療の中断など、本人に帰責性のない事由による中断期間がある場合に、治療が中断された期間だけ延長することができます。(最大2か月が限度)
なお、自ら治療を中断したなど、自己都合による有効期間の延長は認められません。

保健所受付印