様式第三号（第三条関係）

様式第三号を次のように改める。

特定Ｃ型肝炎ウイルス感染者に対する追加給付金に係る診断書

患　者　氏　名		男・女	生年月日	年　月　日
和解等で認められた症状の区分（該当する番号を○で囲んで下さい。）	１　無症候性キャリア			
	２　慢性Ｃ型肝炎			
現在の症状（該当する番号を○で囲んで下さい。）	１　慢性Ｃ型肝炎に罹患した。			
	２　慢性Ｃ型肝炎が進行して 肝硬変 に罹患した。			
	３　慢性Ｃ型肝炎が進行して 肝がん に罹患した。			
	４　慢性Ｃ型肝炎が進行して 死 亡 した。			
備　考				

上記のとおり診断します。

年　　月　　日

医療機関の名称

住　所（〒　　―　　）

電話番号
（　　―　　―　　）

医師名
（診療科名　　）

記入要領

１．この診断書は、特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるＣ型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法（平成20年法律第２号）第８条に基づき、独立行政法人医薬品医療機器総合機構から医療、健康管理等に係る経済的負担を含む健康被害の救済を図るための追加給付金を受けようとする人がその請求時に必ず添えなければならない書類です。

２．各項目のあてはまる数字に○印をつけて下さい。

３．その他参考になることがあれば備考欄に記入して下さい。