

肝炎治療受給者証交付申請書（新規・転入・2回目）

受給開始希望月 月

階層 甲・乙

【インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療】（←該当する治療に○）

対 象	フリガナ													
	氏名	姓			名									
	住所	〒 ー 埼玉県												
	電話番号	()												
患 者	生年月日	1 大正 2 昭和 3 平成	年	月	日 (歳)									
	加入医療 保険等	被保険者氏名			患者との続柄									
		保険種別	協・組・共・国・後	記号・番号										
		被保険者証 発行機関名												
		所在地												
病名														
本助成制度の 利用歴	1 あり（受給者番号：() 有効期間 年 月～ 年 月） 2 なし													
診断書記載 医療機関名称	名称													
	所在地													
医療機関名称	名称													
	所在地													
調剤薬局名称	名称													
	所在地													
<p>（インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療）の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。</p> <p>（あて先） 埼玉県知事</p> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">平成 年 月 日</div>														
<p>○ 世帯の市町村民税（所得割）課税年額（申請時点の課税年額）が、235,000円以上なので、自己負担額が最高額になることを承諾し、市町村民税額等を証明する書類は提出しません。</p> <p>氏名： ↑ 該当する場合に記載してください。</p>		申請者 (代理人)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="2">患者との続柄()</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">↑ 申請者が、上記患者と同様の場合には、記載の必要はありません。</p>			氏名	患者との続柄()		住所			電話番号		
氏名	患者との続柄()													
住所														
電話番号														

(注) ■ 添付書類：①診断書 ②世帯調書 ③住民票 ④市町村民税（所得割）が証明できる書類
 ⑤必要に応じて別に定める書類（健康保険証の写し等）
 ■ インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンフリー治療を行う予定（治療中を含む）で、認定基準に定める一定の要件を満たした場合に限り、再治療の制度利用が可能です。→「再治療」申請扱い
 ■ B型慢性肝炎に対する核酸アナログ製剤治療実施中の者（本制度利用者）で、医師が治療継続が必要と認める場合、更新が可能です。→「更新」申請は、別の申請様式（様式1号の2）となりますので、ご注意ください。