

肝炎治療受給者証交付申請書（核酸アナログ製剤治療・更新）

対象	フリガナ								
	氏名	姓	名						
	住所	〒 ー 埼玉県							
	電話番号	()							
	生年月日	1 大正 2 昭和 3 平成	年 月 日 (歳)	性別 1 男 2 女					
患者	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 2 なし								
	核酸アナログ治療：受給者番号 () 期間 年 月 ~ 年 月								
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>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（核酸アナログ製剤治療）の更新を申請します。</p> <p>（あて先） 埼玉県知事</p> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px;">平成 年 月 日</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <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： _____</p> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>申請者（代理人）</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">氏名</td> <td>患者との続柄 ()</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> </table> <p>↑ 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> </div> <p>↑ 該当する場合に記載してください。</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様式1号の3「肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る診断書」若しくは様式1号の4「検査結果・治療内容・処方医等が分かる資料を添付」のうちのいずれか 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）
- B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患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、現行有効期間の満了月前2か月までにお住まいを管轄する保健所にご提出ください。（ただし、更新申請受付開始可能月は、継続治療開始月前3か月以内とします。）