

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	年 月 日 (歳)		性 別	1 男 2 女	
	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	
		保 険 者 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;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> </table> </div>						年 月 日
年 月 日						
<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)	氏 名	患者との続柄()		
			住 所			
			電 話 番 号			
			↑ 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。			

- (注) ■ 添付書類：①診断書 ②世帯調書(兼 市町村民税額世帯合算除外申告書) 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（加入医療保険が確認できるもの等） * マイナンバーにより省略できるものがあります。
- 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。