

肝炎治療受給者証交付申請書（新規・再治療・転入・その他）

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○）

対象患者	フリガナ													
	氏名	姓			名									
	住所 (住民票記載)	〒 ー 埼玉県												
	電話番号	()												
	受給者証送付先 (住民票と異なる場合記入)	〒 ー (都・道・府・県)												
	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	社保・国保・後期高齢		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: ()) 2 なし													
診断書記載 医療機関名称	名称													
	所在地													
受診(予定) 医療機関名称	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> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>														
<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> <p>↑ 該当する場合に記載してください。</p>		<p>申請者(代理人)</p> <table border="1"> <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>↑ 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、医師が治療継続と必要と認める場合、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。