

肝炎治療受給者証交付申請書

(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)

申請者	ふりがな 氏 名				性 別	男 女
	生年月日	年	月	日	職 業	
	住 所	〒 - (電話)				
	加入 医療 保険	被 保 険 者 氏 名				申 請 者 との 続 柄
保 険 種 別		協 ・ 組 ・ 共 ・ 国 ・ 後	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号			
被 保 険 者 証		発 行 機 関 名				
	所 在 地					
病 名 (○をつける)	<インターフェロン治療> 1 B型慢性肝炎 2 C型慢性肝炎 3 C型代償性肝硬変	<インターフェロンフリー治療> 1 C型慢性肝炎 2 C型代償性肝硬変 3 C型非代償性肝硬変	<核酸アナログ製剤治療> 1 B型慢性肝炎 2 B型代償性肝硬変 3 B型非代償性肝硬変			
本助成制度 利 用 歴	1 あり 2 なし 受給者番号() 有効期間(年 月 日 ~ 年 月 日)					
保険医療機関 又は保険薬局	医療機関名	所在地				
		(電話)				
		(電話)				
		(電話)				
認定の有効期間の 開始日	年 月 日の初日		※ 認定開始日は、「申請書の受理日の属する月の初日」から 「診断書が作成された日の属する月の翌3ヶ月」までのいずれ かの月の初日のうち、申請者が指定した月の初日となります。			
(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。 年 月 日 申請者氏名 印 福島県知事 殿						

(添付書類) 以下の書類を添付してください。

- 1 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書
- 2 加入している医療保険の被保険者証等の写し
- 3 申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し
- 4 申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の市町村民税(所得割)の課税年額を証明する書類

※自己負担限度額(月額)が20,000円となることを承諾する場合には、課税年額を証明する書類の添付を省略できます。該当する場合には、以下の欄に自署してください。

自己負担限度額(月額)が20,000円となることを承諾し、市町村民税(所得割)の課税額を証明する書類の添付を省略します。	氏名
--	----

