



保険医療機関又は保険薬局

所在地			
名称			
所在地			
名称			
所在地			
名称			
所在地			
名称			

医療機関変更（追加）承認欄

所在地			
名称			承認印
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
承認年月日	年 月 日		
所在地			
名称			承認印
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
承認年月日	年 月 日		

## 注意事項

- 1 この証を交付された方は、C型ウイルス性肝炎を根治するために保険診療によりインターフェロン治療又はインターフェロンフリー治療を受けた場合、あるいは、B型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療によりインターフェロン治療又は核酸アナログ製剤治療を受けた場合、この証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を保険医療機関又は保険薬局に対して支払うこととなります。
- 2 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病名に対する抗ウイルス治療（インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療）に限られています。
- 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口に提出してください。
- 4 氏名、住所、加入している医療保険、保険医療機関又は保険薬局に変更があったときは、すみやかに、住所地の保健所にその旨を届け出てください。
- 5 都道府県外へ転出する場合において、転出後も本証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに本証の写しを転出先の都道府県知事に提出してください。
- 6 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったとき及び福島県外に転出したときはすみやかにこの証を住所地の保健所に返還してください。
- 7 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、住所地の保健所にその旨を届け出てください。
- 8 その他の問い合わせは、下記に連絡してください。

## 連絡先

〇〇保健所

〇〇市〇〇町〇丁目〇〇

(電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)