

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)交付申請書(2回目の制度利用)				
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		
保険種別		協・組・共・国・後	記号・番号	
保険者名				
所在地				
病名(○を付ける)	1 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる) 2 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる) 3 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)			
本助成制度利用歴	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 )		
認定の有効期間の開始日	年 月の初日	※ 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 福島県知事 殿				

(注) インターフェロン治療において2回目の助成を受けることができるのは、C型慢性肝疾患においては次の全ての要件を満たした場合に限られますので、申請に当たっては主治医等とよくご相談下さい。

- (1) 以下の①、②のいずれにも該当しないこと
    - ① これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による 48 週投与を行ったが、36 週目までに HCV-RNA が陰性化しなかったケース
    - ② これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による 72 週投与が行われたケース
  - (2) 3剤併用療法(ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤)に係る治療歴がある場合は、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかったこと
- (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 申請者の医療保険の加入関係が確認できる書類(「資格情報のお知らせ」、「資格確認書」又はマイナポータルでの医療保険の「資格情報画面」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(16歳未満の義務教育就業者の者などは除く。扶養となっている者は、扶養の証明をもって省略可能。)
  - 5 世帯調書(様式第1号の2)または世帯員調査書兼同意書(様式第1号の3)

※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
--	----