

肝炎治療受給者証 (B型慢性活動性肝炎に対する3回目のインターフェロン治療) 交付申請書							
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	記号・番号			
保険者名							
所在地							
病名 (チェックする)	<input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (B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 )					
		(電話 )					
認定の有効期間の開始日	年 月 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) 上記治療において3回目の助成が認められるのは、次の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。

○これまでにインターフェロン製剤 (ペグインターフェロン製剤を除く) による治療に続いて、その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものが再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合

(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 世帯調査書 (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
--	----