

申請番号	申請日	受理日
------	-----	-----

審査会（原則、毎月最終開庁日に開催）で認定されると、受給者証は、審査会の翌月の下旬から末日までに普通郵便で届きます。

肝炎治療受給者証交付申請書

1. 申請日、有効期間の希望、申請者氏名をご記入ください 申請日 年 月 日

神奈川県知事 殿

有効期間 年 月 から希望

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。

申請者氏名

2. 今回の申請に際して受ける治療の種類をご記入ください（該当するものに○印）

インターフェロン・核酸アナログ製剤・インターフェロンフリー

3. 本医療費助成制度利用歴をご記入ください

本医療費助成制度利用の有無（該当するものに○印）

あり・なし

※ありの場合はご利用時の受給者番号をご記入ください

--	--	--	--	--	--	--	--

4. 受給対象となる患者さんについてご記入ください

※記載事項は省略しないで住民票等の内容に合わせて書いてください

フリガナ			性別 (該当するものに○印)	男・女
氏名			生年月日	年 月 日
郵便番号	-	電話番号 ()	-	病名 (該当するものに○印) B型慢性肝炎 B型代償性肝硬変 C型慢性肝炎 B型非代償性肝硬変 C型代償性肝硬変 C型非代償性肝硬変
フリガナ	カナガワケン			
住所	神奈川県		市・区	町村

5. 加入している医療保険についてご記入ください

被保険者氏名	申請者との続柄	本人・配偶者・親子・兄弟姉妹・その他 () (該当するものに○印)
保険種別	協会けんぽ・組合・船員・日雇・後期高齢・共済・国保・退職国保 国保組合・その他 ()	被保険者証の記号・番号
被保険者証発行機関名	保険者番号	

続柄
種別
階層
区分
課税年額
治療方法

＜ 受給者証が使用できる医療機関等について ＞

○全国の保険医療機関及び保険薬局でご使用いただけます。

○「訪問看護ステーション」、「介護保険施設」等、保険医療機関ではない施設では使用できません。

(注) 助成を受けることができるのは、肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書に記載されている認定基準を満たした場合に限られますので、申請については主治医等とよくご相談ください。

申請番号		申請日		受理日	
------	--	-----	--	-----	--

肝炎治療受給者証交付申請書

1. 申請日、有効期間の希望、申請者氏名をご記入ください

申請日 年 月 日

有効期間 年 月 から希望

申請者氏名

2. 今回の申請に際して受ける治療の種類をご記入ください（該当するものに○印）

インターフェロン・核酸アナログ製剤・インターフェロンフリー

3. 本医療費助成制度利用歴をご記入ください

本医療費助成制度利用の有無
（該当するものに○印）

あり ・ なし

※ あり の場合はご利用時の受給者番号をご記入ください

--	--	--	--	--	--	--	--

4. 受給対象となる患者さんについてご記入ください

※記載事項は省略しないで住民票等の内容に合わせて書いてください

フリガナ		性別 (該当するものに○印)	男 ・ 女
氏名		生年月日	年 月 日
郵便番号	-	電話番号 () -	病名 (該当するものに○印) B型慢性肝炎 B型代償性肝硬変 C型慢性肝炎 B型非代償性肝硬変 C型代償性肝硬変 C型非代償性肝硬変
フリガナ	カナガワケン		
住所	神奈川県	市・区 郡 町 村	省略しないで書いてください

5. 加入している医療保険についてご記入ください

被保険者氏名		申請者との続柄	本人・配偶者・親子・兄弟姉妹・その他 () (該当するものに○印)
保険種別	協会けんぽ・組合・船員・日雇・後期高齢・共済・国保・退職国保 国保組合・その他 ()	被保険者証の記号・番号	
被保険者証発行機関名		保険者番号	

続柄	
種別	
階層	
区分	
課税年額	
治療方法	

申請番号		申請日		受理日	
------	--	-----	--	-----	--

審査会（原則、毎月最終開庁日に開催）で認定されると、受給者証は、審査会の翌月の下旬から末日までに普通郵便で届きます。

肝炎治療受給者証交付申請書

1. 申請日、有効期間の希望、申請者氏名をご記入ください

申請日 年 月 日

有効期間 年 月 から希望

申請者氏名

2. 今回の申請に際して受ける治療の種類をご記入ください(該当するものに○印)

インターフェロン・核酸アナログ製剤・インターフェロンフリー

3. 本医療費助成制度利用歴をご記入ください

本医療費助成制度利用の有無
(該当するものに○印)

あり ・ なし

※ あり の場合はご利用時の受給者番号をご記入ください

--	--	--	--	--	--	--	--

4. 受給対象となる患者さんについてご記入ください

※記載事項は省略しないで住民票等の内容に合わせて書いてください

フリガナ		性別 (該当するものに○印)	男 ・ 女
氏名		生年月日	年 月 日
郵便番号	-	電話番号 () -	病名 (該当するものに○印) B型慢性肝炎 B型代償性肝硬変 C型慢性肝炎 B型非代償性肝硬変 C型代償性肝硬変 C型非代償性肝硬変
フリガナ	カナガワケン		
住所	神奈川県	市・区 郡	省略しないで書いてください

5. 加入している医療保険についてご記入ください

被保険者氏名		申請者との続柄	本人・配偶者・親子・兄弟姉妹・その他 () (該当するものに○印)
保険種別	協会けんぽ・組合・船員・日雇・後期高齢・共済・国保・退職国保 国保組合・その他 ()	被保険者証の記号・番号	
被保険者証発行機関名		保険者番号	

< 受給者証が使用できる医療機関等について >

○全国の保険医療機関及び保険薬局でご使用いただけます。

○「訪問看護ステーション」、「介護保険施設」等、保険医療機関ではない施設では使用できません。

○審査会（原則、毎月最終開庁日に開催）で認定されると、受給者証は、審査会の翌月の下旬から末日までに普通郵便で届きます。

○審査に関するお問い合わせは
 神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課がん・肝炎対策グループ
 肝疾患担当まで 電話 045-210-4795（直通）

肝炎治療受給者証交付申請書

1. 申請日、有効期間の希望、申請者氏名をご記入ください

申請日 年 月 日

神奈川県知事 殿

有効期間 年 月 から希望

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。

申請者氏名

2. 今回の申請に際して受ける治療の種類をご記入ください（該当するものに○印）

インターフェロン・核酸アナログ製剤・インターフェロンフリー

3. 本医療費助成制度利用歴をご記入ください

本医療費助成制度利用の有無
（該当するものに○印）

あり・なし

※ありの場合はご利用時の受給者番号をご記入ください

--	--	--	--	--	--	--	--

4. 受給対象となる患者さんについてご記入ください

※記載事項は省略しないで住民票等の内容に合わせて書いてください

フリガナ						性別 (該当するものに○印)	男・女
氏名					生年月日	年 月 日	
郵便番号	-	電話番号	()	-	病名 (該当するものに○印)	B型慢性肝炎 C型慢性肝炎 C型代償性肝硬変	B型代償性肝硬変 B型非代償性肝硬変 C型非代償性肝硬変
フリガナ	カナガワケン						
住所	神奈川県		市	区	省略しないで書いてください		
			郡	町	村		

5. 加入している医療保険についてご記入ください

被保険者氏名		申請者との続柄	本人・配偶者・親子・兄弟姉妹・その他() (該当するものに○印)
保険種別	協会けんぽ・組合・船員・日雇・後期高齢・共済・国保・退職国保 国保組合・その他()	被保険者証の記号・番号	
被保険者証発行機関名		保険者番号	

＜ 受給者証が使用できる医療機関等について ＞

○全国の保険医療機関及び保険薬局でご使用いただけます。

○「訪問看護ステーション」、「介護保険施設」等、保険医療機関ではない施設では使用できません。

(注) 助成を受けることができるのは、肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書に記載されている認定基準を満たした場合に限られますので、申請については主治医等とよくご相談ください。