

※申請書は複写式になっていますので、1枚目のみボールペンで強くご記入ください。

様式第1号

申請番号	申請日	受理日
------	-----	-----

本課用

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

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 令和3年1月15日

神奈川県知事 殿

有効期間 令和3年4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 神奈川 太郎

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

※ あり の場合はご利用時の受給者番号をご記入ください

2 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

4							
---	--	--	--	--	--	--	--

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	カナガワ	タロウ	性別 (該当するものに○印)	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
氏名	神奈川 太郎		生年月日	昭和 50 年 1 月 1 日
郵便番号	231 - 8588	電話番号	(045) 210 - 4795	病名 (該当するものに○印) <input checked="" type="radio"/> B型肝炎 <input type="radio"/> C型肝炎 <input type="radio"/> 非代償性肝硬変 <input type="radio"/> 非代償性肝硬変
フリガナ	カナガワケン	ヨコハマシ	ナカク	ニホンオオドリ
住所	神奈川県 横浜 市 中 区 日本大通 1			

4 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	神奈川 太郎		申請者との続柄	<input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 配偶者・親子・兄弟姉妹・その他 (該当するものに○印)
保険種別	<input checked="" type="radio"/> 協会けんぽ <input type="radio"/> 組合・船員・日雇・後期高齢・共済・国保・退職国保 <input type="radio"/> 国保・その他 (該当するものに○印)	被保険者証の記号・番号	12345678	
被保険者証発行機関名	全国〇〇協会神奈川支部	保険者番号	987654321	

5 < 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。

① 申請日は、保健所等へ提出する日をご記入ください。

② 「本医療費助成制度利用の有無」の「あり」に○をして、現在お持ちの受給者証に記載されている受給者番号（4から始まる7桁の数字）をご記入ください。

③ フリガナは、姓と名の間にスペースを空けてください。

④ 現在、加入されている健康保険の内容をご記入ください。※公的医療保険に加入されていない方は申請できません。

⑤ 治療を受ける医療機関のご記入は不要となりました。(今後交付する受給者証には医療機関名の記載はなく、全国の保険医療機関でご使用いただけます。)

続柄
種別
階層
区分
課税年額
治療方法