

| 肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の交付申請書 (新規・更新) | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--------------|---------------------------|---------|
| 対象患者(受給者) | ふりがな | | | 性別 | 男・女 |
| | 氏名 | | | | |
| | 生年月日 | 明・昭 大・平 | 年 月 日 生(満 歳) | 職業 | |
| | 住所 | 〒 - (電話 - -) | | | |
| | 加入 医療保険 | 被保険者氏名 | | | 受給者との続柄 |
| 保険種別 | | 国保・協会けんぽ・後期高齢者・組合 共済・船員・その他() | | 被保険者証の記号・番号 記号: 番号: | |
| 保険者名称 | | (保険者番号:) | | | |
| 所在地 | | | | | |
| 病名 | | | | | |
| 本助成制度 利用歴 | 1. あり 2. なし ↳ 受給者番号() 有効期間 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日) | | | | |
| 受療医療機関・薬局 | 名称 | | | | |
| | 所在地 | | | | |
| | 名称 | | | | |
| | 所在地 | | | | |
| 核酸アナログ製剤治療の効果・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(核酸アナログ製剤治療)の交付を申請します。 平成 年 月 日 申請者氏名 印 (代理申請の場合は受給者との続柄) 岐阜県知事 様 | | | | | |

<更新手続きについて>

核酸アナログ製剤治療を行う者において、医師が、治療の継続が必要と認めた場合、更新の申請を行うことができます。(注:自動更新ではありません。)

更新の申請を行う場合は、お手持ちの受給者証の有効期間が満了する日までに、必要書類を揃えて、住所地を管轄する保健所(センター)へ提出してください。

更新手続きは受給者証の有効期間が満了する日の3か月前から可能です。また、有効期間内に更新しなかった場合(有効期間が切れてしまった場合)でも、改めて新規の申請手続きを行うことは可能です。

更新・新規申請ともに、新規又は更新用の診断書の他、世帯全員の住民票の写し、世帯全員の市町村民税の課税年額を証明する書類、被保険者証の写し等の添付書類が必要です。

| | |
|---------------------------|------------|
| ※ 保健所使用欄 (申請者は記入しないでください) | |
| 特記事項等 | 除外申請 有 ・ 無 |

| | |
|------------------------|------------|
| ※ 審査欄 (申請者は記入しないでください) | |
| 承認 ・ 不承認 ・ 保留 | 階層区分 甲 ・ 乙 |