

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( 年 月 日 ~ 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。 年 月 日 申請者氏名 (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