

肝炎治療受給者証交付申請書（新規・転入・変更・再交付・更新・再治療） （インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療）				
申請者	ふりがな氏名			性別 男 女
	生年月日	明昭 大平	年 月 日	職業
	住所	〒 (電話 - -)		
	加入医療保険	被保険者氏名		
保険種別		政・組・船・共・国・後		被保険者証の 記号・番号
被保険者証 発行機関名				
病名				
保又 険は 医保 療険 機葉 関局	名称			
	所在地			
	名称			
	所在地			
※変更の場合のみ記入 変更事由発生日：平成 年 月 日 ※変更・再交付・更新の場合のみ記入 変更の内容： 受給者番号： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
受給歴	※インターフェロン治療で過去に制度を利用したことがある場合のみ、前回の受給者証内容を記入すること。 (有効期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日) 受給者番号： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
(インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療)の効果・副作用等について医師から説明を受け、別添診断書のとおり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 (印) 平成 年 月 日 石川県知事 谷本正憲 殿				
(市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄) 下記の者については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。 記 除外希望者氏名				

対象治療（インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療）のいずれかに○をつけてください。

新規・転入・変更・再交付・更新・再治療の該当するものに○をつけてください。

※「転入」は他都道府県で既に受給されていた場合、「再交付」は受給者証を破損・紛失等された場合、「更新」は核酸アナログ製剤治療の受給者証有効期間を更新する場合です。インターフェロン治療の2回目以降の助成は「新規」に○をしてください。

新規・更新・再治療：原則として、すべての項目に記入してください。

(添付書類) 被保険者証等の写し

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書

市町村民税課税証明書（世帯全員） 住民票（世帯全員） ※発行から3ヶ月以内のもの

転入：原則として、すべての項目に記入してください。

(添付書類) 他都道府県支給の受給者証の写し 被保険者証等の写し

住民票（世帯全員） ※発行から3ヶ月以内のもの

変更：氏名・住所・受給者番号を記入のうえ、変更する項目を記入してください。

(添付書類) 変更に関する書類(例:住所が変わった場合→住民票、保険が変わった場合→被保険者証の写し)

現在お持ちの受給者証

再交付：氏名・住所・受給者番号を記入してください。

(添付書類) 現在お持ちの受給者証（紛失の場合は添付不要）

申請者住所は、アパート・マンションの名称、棟番号、部屋番号まで記入してください。