

肝炎治療受給者証交付申請書（核酸アナログ製剤治療・更新）

対 象 患 者	フリガナ										
	氏名	姓			名						
	住所 (住民票記載)	〒 ー 埼玉県									
	電話番号	()									
	受給者証送付先 (住民票と異なる 場合記入)	〒 ー (都・道・府・県)									
	生年月日	年	月	日 (歳)	性別	1男 2女					
	加入医療 保険等	被保険者氏名			患者との続柄						
		保険種別	社保・国保・後期		記号・番号						
		保険者名									
		所在地									
病名											
更新する受給者証	受給者番号 ()										
	有効期間： 年 月 ~ 年 月										
受診 医療機関名称	名称										
	所在地										
<p>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）の更新を申請します。</p> <p>(あて先) 埼玉県知事</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;"> 年 月 日 </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>○ 世帯の市町村民税（所得割）課税年額（申請時点の課税年額）が、235,000円以上なので、自己負担額が最高額になることを承諾し、市町村民税額等を証明する書類は提出しません。</p> <p>氏名： _____</p> <p>↑ 該当する場合に記載してください。</p> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>申請者 (代理人)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>氏名</td> <td>患者との続柄 ()</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> </table> <p>↑ 申請者が、上記患者と同様の場合には、記載の必要はありません。</p> </div>						氏名	患者との続柄 ()	住所		電話番号	
氏名	患者との続柄 ()										
住所											
電話番号											

(注) ■ 添付書類

- ①様式1号の3「肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る診断書」、様式1号の4「様式1号の3に代えて申請する様式（核酸アナログ製剤治療・更新用1）」又は様式1号の5「様式1号の3に代えて申請する様式（核酸アナログ製剤治療・更新用1）」のうちのいずれか
 - ②世帯調書(兼 市町村民税額世帯合算対象除外申告書)
 - ③住民票
 - ④市町村民税（所得割）が証明できる書類
 - ⑤必要に応じて別に定める書類（加入医療保険の内容が確認できるもの） *マイナンバーにより省略できるものがあります。
- B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療実施中の者（本制度利用者）で、医師が治療継続が必要と認める場合、更新が可能です。
- 「更新」申請は、現行有効期間の満了月前2か月までにお住まいを管轄する保健所にご提出ください。（ただし、更新申請受付開始可能月は、継続治療開始月前3か月以内とします。）