埼玉県　様式１号

肝炎治療受給者証交付申請書（新規・転入・２回目）

受給開始希望月　　月	階層　甲　・　乙

【ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝ治療　・　ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝﾌﾘｰ治療　・　核酸ｱﾅﾛｸﾞ製剤治療 】（←該当する治療に〇）

対象患者	フリガナ				
	氏　　名	姓	名		
	住　　所	〒　　－　　埼玉県			
	電話番号	（　　）			
	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	協・組・共・国・後	記号・番号	
		被保険者証発行機関名			
		所在地			
	病　　名				
本助成制度の利用歴		１ あり（受給者番号：（　　）有効期間　　年　月～　　年　月） ２ なし			
診断書記載医療機関名称		名　称			
		所在地			
医療機関名称		名　称			
		所在地			
調剤薬局名称		名　称			
		所在地			

（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。

（あて先）
埼玉県知事

年　　月　　日

○ 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。

氏　名：

↑ 該当する場合に記載してください。

申請者（代理人）

氏　名	患者との続柄（　　）
住　所	
電話番号	

↑ 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。

（注）■添付書類：①診断書 ②世帯調書（兼 市町村民税額世帯合算除外申告書）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（健康保険証の写し等）

■インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンフリー治療を行う予定（治療中を含む）で、認定基準に定める一定の要件を満たした場合に限り、再治療の制度利用が可能です。→「再治療」申請扱い

■Ｂ型慢性肝疾患に対する核酸ｱﾅﾛｸﾞ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、別の申請様式（様式１号の２）となりますので、ご注意ください。