**肝炎治療受給者証交付申請書**

**(ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝ**： **新規・2回目・3回目 )**

**( ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝﾌﾘｰ**： **新規・再治療 )　/　( 核酸ｱﾅﾛｸﾞ製剤**： **新規・更新 )**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 性別 | 男 ・女 |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 　年　　　　月　　　　日　（　　　歳）　　 | 職業 |  |
| 住　所 | 〒 　 -　富山県 |
| 電話番号 |  |
| 加　　入医療保険 | 被保険者氏名 |  | 申請者との続柄 |  |
| 保険種別 | 協会・組合・船員・共済国保（組合・一般）・後期 | 記号・番号 |  |
| 保険者名 |  |
| 所在地 |  |
| 病　名該当する□をチェック | B型肝炎ウイルスによる：□慢性肝炎　□代償性肝硬変　□非代償性肝硬変C型肝炎ウイルスによる：□慢性肝炎　□代償性肝硬変　□非代償性肝硬変 |
| 発見契機（新規のみ）該当する□をチェック | □市町村の健診　□厚生センターでの検査　□妊婦健診　□職場健診・ドック□医療機関受診（症状出現により受診・他疾患での通院により発見）　□献血□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 本助成制度利用歴 | １　あり　　 　 受給者証番号: (　　　　　　　　　　　 )有 効 期 間 :（　　　年　　月　　日 ～　　　年　　月　　日）２　なし |
| 保険医療機関又は保険薬局 | 名称 |
| 所在地 |
| ※医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名称 |
| 所在地 |
| ※医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名称 |
| 所在地 |
| ※医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※　□　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、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。* 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円以上であり、自己負担額が２万円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。□←該当者のみチェック

　　　年　　　月　　　日申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　富山県知事　殿 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※　受給開始月 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | ※自己負担限度額 |  | ※所得階層 | 　 |

　□非課税世帯　□除外申請有

※肝炎治療の助成は、**認定基準を満たした場合に限られます**。申請にあたっては主治医等とよくご相談ください。

※太枠欄は、厚生センター（支所）、富山市保健所で記入。