

※裏面もご確認ください。

【更新に必要な書類】 □にチェックを入れてご確認ください。

I 全員の方が提出を必要とする書類

- 1 肝炎治療受給者証交付申請書（様式第3号） 同封
- 2 お手元の受給者証の【有効期間の太枠部分】をご確認いただき、下記①～③のいずれかをご提出ください。

|                         |  |
|-------------------------|--|
| ㊦ 肝炎治療受給者証 (核酸アナログ製剤治療) |  |
| 公費負担者番号                 | 3 8 1 6 6 0 1 3  |
| 受給者番号                   |  |
| 受給者住所                   | 〒●●●-●●●●<br>●●●●●●●●  |
| 受給者氏名                   | ●● ●●  |
| 受給者生年月日                 | 昭和●年●月●日   |
| 受給者性別                   | ●  |
| 疾病名                     | B型慢性肝疾患  |
| 保健医療機関又は保険薬局の名称         | (保健医療機関又は保険薬局で受診可能)<br>●●病院、●●薬局                                       |
| 有効期間                    | 令和5年12月1日から令和6年11月30日<br><b>※今回の更新申請には診断書(又は診断書に代えて申請する様式)の提出が必要です</b> |
| 月額自己負担限度額               | 月額 ●●,●●●円   |
| 知事名及び印                  | 富山県知事  |
| 交付年月日                   | 令和5年10月1日  |

|                         |                                      |
|-------------------------|--------------------------------------|
| ㊦ 肝炎治療受給者証 (核酸アナログ製剤治療) |                                      |
| 公費負担者番号                 | 3 8 1 6 6 0 1 3                      |
| 受給者番号                   |                                      |
| 受給者住所                   | 〒●●●-●●●●<br>●●●●●●●●                |
| 受給者氏名                   | ●● ●●                                |
| 受給者生年月日                 | 昭和●年●月●日                             |
| 受給者性別                   | ●                                    |
| 疾病名                     | B型慢性肝疾患                              |
| 保健医療機関又は保険薬局の名称         | (保健医療機関又は保険薬局で受診可能)<br>●●病院、●●薬局     |
| 有効期間                    | 令和5年12月1日から令和6年11月30日<br><b>記載なし</b> |
| 月額自己負担限度額               | 月額 ●●,●●●円                           |
| 知事名及び印                  | 富山県知事                                |
| 交付年月日                   | 令和5年10月1日                            |

①をご提出ください。  
①を提出できない場合は  
②をご提出ください。

③をご提出ください。

① 肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）の交付申請に係る診断書に代えて申請する様式（別紙様式1） 同封  
【添付書類】  
 検査内容が分かる資料：検査結果報告書及び画像診断レポート  
 治療内容が分かる資料：お薬手帳、薬剤情報提供書の写し等

② 肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）の交付申請に係る診断書（様式第4号の9） 同封

③ 治療内容（服用薬）が分かる資料により申請する様式（別紙様式2） 同封  
【添付書類】  
 治療内容が分かる資料：お薬手帳、薬剤情報提供書の写し等

※ 「診断書」及び「検査内容及び治療内容が分かる資料」は審査認定以降2回目までは提出を省略できます（受給者証の有効期間欄に記載あり）

3 申請者本人の健康保険証の写し

4 世帯全員の住民票（続柄が明記されているもの）

\*今回初めての更新申請をする方で、新規申請時に提出したものが更新申請日の3か月以内に発行したもので、修正申告がない場合は不要です。

5 世帯全員の市町村民税（所得割）課税年額を証明する書類

\*義務教育期間（中学生まで）の方については不要です。

\*今回初めての更新申請をする方で、新規申請時に令和6年度（令和5年分）を提出し、修正申告がない場合は不要です。

6 受給者証の写し

## Ⅱ 以下は、（1）または（2）に該当する方のみご提出ください

### （1）世帯に0～18歳がいる場合

7 扶養する家族確認のお願い（別紙様式3） 同封

### （2）所得課税証明書の市民税の所得割額の世帯の合算が23万5千円以上の場合

\*申請者との関係が次のア～ウすべてに該当する世帯員は、合算対象から除外可能です。

- ア. 配偶者以外
- イ. 地方税法上、申請者及びその配偶者と相互に扶養関係のない者
- ウ. 医療保険上、申請者及びその配偶者と相互に扶養関係のない者

8 市町村民税合算対象除外希望申請書（様式第8号の2） 同封

9 申請者及びその配偶者、除外対象者について市町村民税（所得割）課税年額を証明する書類

\*5において提出している場合は不要です。

\*扶養控除関係が記載されていることが必要です。

10 申請者及びその配偶者、除外対象者が加入する健康保険の被扶養者を証明する書類

\*申請者、配偶者、除外対象者全員の健康保険証の写しです。