

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)更新申請書						
申請者	ふりがな 氏名				性別	男 女
	生年月日	年	月	日	職業	
	住所	〒 - (電話)				
	加入 医療 保険	被保険者 氏名			申請者 との続柄	
保険種別		協・組・共・国・後	被保険者証の 記号・番号			
被保険者証		発行機関名				
		所在地				
病名 (○を付ける)	1 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる) 2 代償性肝硬変(B型肝炎ウイルスによる) 3 非代償性肝硬変(B型肝炎ウイルスによる)					
本助成制度 利用歴	受給者番号() 有効期間(年 月 日～ 年 月 日)					
保険医療機関 又は保険薬局	医療機関名		所在地			
			(電話)			
			(電話)			
			(電話)			
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更新を申請します。 年 月 日						
福島県知事 殿				申請者氏名 印		

(添付書類) 以下の書類を添付してください。

- 1 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書もしくは直近の認定(有効期限の更新時の認定を含む)以降に行われた検査内容及び治療内容が分かる資料
- 2 加入している医療保険の被保険者証等の写し
- 3 申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し
- 4 申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の市町村民税(所得割)の課税年額を証明する書類

※自己負担限度額(月額)が20,000円となることを承諾する場合には、課税年額を証明する書類の添付を省略できます。該当する場合には、以下の欄に自署してください。

自己負担限度額(月額)が20,000円となることを承諾し、市町村民税(所得割)の課税額を証明する書類の添付を省略します。	氏名
--	----

