様式第１－２

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の交付申請書 （ 新規 ・ 更新 ）

対象患者（受給者）	ふりがな		性　別	男　・　女
	氏　名			
	生年月日	年　　月　　日　生		
	住　所	〒　　－　　（電話　　－　　－　　）		
	加入医療保険種別	国保・協会けんぽ・後期高齢者・組合・共済・船員・その他（　　）		
病　名				
本助成制度利用歴		1．あり　　2．なし → 受給者番号（　　） 有効期間（　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日）		
受療医療機関・薬局	名　称			
	所在地			
	名　称			
	所在地			

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）の交付を申請します。

年　　月　　日

申請者氏名

（代理申請の場合は受給者との続柄　　）

岐阜県知事　様

＜更新手続きについて＞

核酸アナログ製剤治療を行う者にあって、医師が、治療の継続が必要と認めた場合、更新の申請を行うことができます。（注：自動更新ではありません。）

更新の申請を行う場合は、お手持ちの受給者証の有効期間が満了する日までに、必要書類を揃えて、住所地を管轄する保健所（センター）へ提出してください。

更新手続きは受給者証の有効期間が満了する日の３か月前から可能です。また、有効期間内に更新しなかった場合（有効期間が切れてしまった場合）でも、改めて新規の申請手続きを行うことは可能です。

更新・新規申請ともに、新規又は更新用の診断書の他、世帯全員の住民票の写し、マイナンバー又は世帯全員の市町村民税の課税年額を証明する書類、被保険者証の写し等の添付書類が必要です。

※ 保健所使用欄（申請者は記入しないでください）	
特記事項等	除外申請　有　・　無

※ 審査欄（申請者は記入しないでください）
階層区分　甲　・　乙