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	被保険者氏名		申請者との続柄	
		保険種別	協・組・共・国・後・その他（　　）	記号・番号	
		保険者名			
		所在地			
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、医療保険の加入関係の確認ができる書類等の添付書類が必要です。

で

※　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