

肝炎治療医療費助成事業 申請書類一覧表

| 区分 | 申請書の様式 | 添付書類 | | | | | | | | | 感染症対策課への進達 |
|---|--------------------|------------------------|---------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------|--------------|-----------------------|---------|----------------|
| | | 診断書 | 医師の意見書 | 世帯全員の 続柄が記載され た3ヶ月以内の | 世帯全員の 市町村民税の 課税年額を証明する書 | 健康保険証 (後期高齢者 医療被保険者 の写) | 現在の 受給者証 | 同意書 | 振込先口座 が確認できる 書類 | 領収書等 | |
| 新規申請 (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) | 様式第1号 | ○ 様式第3-1～ 3-7,9号 | | ○ | ○ | ○ 対象患者分 | | | | | ○ |
| 新規申請(インターフェロンフリー再治療) | | ○ 様式第3-8号 | ○ 様式第3-11号 | ○ | ○ | ○ 対象患者分 | | | | | ○ |
| 他県からの転入 | | | | ○ | | ○ 対象患者分 | ○ | | | | ○ |
| 更新申請 (核酸アナログ製剤治療) | 様式第2号 | ○ 様式第3-10号 ※1 | | ○ | ○ | ○ 対象患者分 | ○ | | | | ○ |
| 変更申請 | 所得階層 | 様式第6-1号 | | ○ | ○ | | ○ | | | | ○ |
| 変更届 | 対象患者の住所・氏名 | 様式第6-2号 | | ○ ※2 | | | ○ | | | | × |
| | 加入医療保険(記号・番号や保険種別) | | | | | ○ 対象患者分 | ○ | | | | × |
| | 受診医療機関 | | | | | | ○ | | | | × |
| | 郵送先 | | | | | | ○ | | | | × |
| 再交付申請 | | 様式第7号 | | | | | | | | | × |
| 終了報告 | | 様式第8号 | | | | | ○ | | | | × |
| 治療費の請求 (患者による請求) | | 様式第10号 | | | | ○ | ○ | ○ 別紙様式第3号 | ○ | ○ ※3 | 宇都宮市保健所のみ ○ |
| 治療費の請求 (医療機関による請求) | | 様式第11号 | | | | | | | | | 感染症対策課受付 |
| 有効期間延長申請 | 72週延長投与用 | 様式第12号 | | | | | ○ | | | | ○ |
| | 3剤併用療法延長用 | 様式第13号 | | | | | ○ | | | | ○ |
| | 副作用等延長用 | 様式第14号 | | | | | ○ | | | | ○ |
| 市町村民税合算対象除外希望申請 | | 様式第15号 | | ○ | ○ | ○ 世帯全員分 | ○ | | | | ○ |

※1 核酸アナログ製剤治療に係る更新を希望する受給者については、直近の認定・更新時以降に行われた検査内容及び治療内容が分かる資料の提出をもって、肝炎核酸アナログ製剤治療の更新に係る診断書(様式第3-10号)の提出に代えることができる。なお、検査内容が分かる資料については、診断書(様式第3-4号又は様式第3-10号)又は検査内容が分かる資料が提出された認定以降2回目までの認定においては、提出を省略することができる(ただし、本県に転入して初回の核酸アナログ製剤治療に係る更新申請を希望する者については省略不可)。

【例】検査内容が分かる資料：医療機関で発行された検査結果報告書の写しや検診・人間ドックの報告書の写し(AST、ALT、血小板数、HBV-DNA定量のデータが分かるもの。)

【例】治療内容が分かる資料：薬局で発行される薬剤情報提供書の写しやお薬手帳の写し(エンテカビル・ラミブジン・アデホビル・テノホビルのいずれかの薬剤の処方を受けていることが分かるもの。)

※2 県内の住所変更の場合、変更後の住所を確認できる書類であれば可。

※3 当該月において受診した全ての保険医療機関及び保険薬局が発行した領収書、診療明細書及び調剤明細書