

(様式第 1 号)

肝炎治療受給者証交付申請書												
(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)												
申 請	氏 名							性 別	男 女			
	生 年 月 日	年 月 日						職 業				
	住 所	〒 (電話)										
	個人番号											
	世帯の市町村 住民税額 (所得割)	円										
者	加 入	被保険者氏名					申 請 者 と の 続 柄					
	医 療	保 険 種 別		協・組・船・共・国・後・その他				記 号 ・ 番 号				
	保 険	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)										
名 受 医 診 療 す 機 関 関 保	名 称						名 称					
	所 在 地						所 在 地					
	名 称						※保険薬局名は記載不要					
	所 在 地						(どこでも利用可能)					
郵 送 先	ふりがな 連絡先氏名						受給者との 続 柄					
	連絡先住所	〒					日中の連絡先					
(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) の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けること、及び県が医療機関から医療 費助成の審査に必要な情報を入手することに同意しましたので、肝炎治療受給者証の交 付を申請します。												
申請者氏名												
年 月 日												
栃木県知事 様												

※併せて次の書類を持参してください。

1. 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書(様式第3-1号から3-9号のいずれか)
 2. 住民票謄本
- 【マイナンバーを利用する場合】
3. 世帯員調査書兼同意書
- 【マイナンバーを利用しない場合】

4. 市町村民税の証明書（世帯全員のもの） 5. 医療保険の資格情報が確認できる書類
※助成を受けることができるのは、別紙の認定基準を満たした場合に限られますので、申請に当たっては主治医等とよく御相談ください。

※以下の項目は記載しないでください。

有効期間開始日		確認者	
---------	--	-----	--