

肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）交付更新申請書													
申 請 者	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 民 税 額 (所得割)	円											
	加 入	被保険者氏名							申請者との 続 柄				
	医 療 保 険	保 険 種 別		協・組・船・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		受給者番号 () 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)											
受給者 医療 機関 関係	名 称							名 称					
	所 在 地							所 在 地					
	名 称							※保険薬局名は記載不要 (どこでも利用可能)					
	所 在 地												
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					
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. 肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師の診断書（様式第 3 - 10 号）又はこれに代わる書類
2. 住民票謄本
3. 現在お持ちの肝炎治療受給者証
【マイナンバーを利用する場合】
4. 世帯員調査書兼同意書
【マイナンバーを利用しない場合】
5. 市町村民税の証明書（世帯全員のもの）
6. 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	
---------	--	-------	--