

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	ふりがな 氏名		性別	男 女
	生年月日	年 月 日	職業	
請 者	住所	〒 (電話)		
	世帯の市町村 住民税額 (所得割)	円		
	加入 医療 保険	被保険者氏名		申請者との 続柄
		保険種別	協・組・船・共・国・後・その他	被保険者証の 記号・番号
	被保険者証 発行機関名			
	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)		
機 関 診 す る 保 険 医 療	名称		名称	
	所在地		所在地	
	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	〒	連絡先 (電話番号)	
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">栃木県知事 様</p>				

※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）又はこれに変わる書類
2. 市町村民税の証明書（世帯全員のもの）3. 住民票謄本 4. 健康保険証等の写し 5. 現在お持ちの肝炎治療受給者証

※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	
---------	--	-----	--