

(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 者	ふりがな 氏 名		性 別	男 女
	生 年 月 日	年 月 日	職 業	
	住 所	〒 (電話)		
	世帯の市町 村民税額 (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	1. あり 2. なし 受給者番号 () 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)			
機 関 受 診 名 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)	
(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. 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

※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	
---------	--	-------	--