

## 肝炎治療受給者証(新規・更新)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)

記入に当たっては、別紙の記入例を参照してください。

情報連携を希望する場合には、個人番号を記入のうえ、情報連携するに☑してください。

医療保険の加入が確認できる資料を見ながら記入してください。

診断書を見ながら記入してください。

受療者の氏名を記入してください

○情報提供にご同意いただける方はご記入お願いします。

○必要に応じて厚生労働省の治療効果等に関する研究事業に活用します。

○プライバシーの保護に十分配慮し、本目的以外には使用することはありません。ご理解ご協力をお願い致します。

○同意の有無は認定には関係ありません。

希望される方のみ記入してください。

	フリガナ 氏名	ミエ タロウ 三重 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 情報連携する※ <input type="checkbox"/> 情報連携しない	性別 生年月日	1男 2女 △△年△△月△△日
	個人番号 <input type="checkbox"/> 提供済みの個人番号と同じ	△ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △		電話	(自宅)△△△△-△△-△△△△ (携帯)△△△-△△△△-△△△△
	住所	〒△△△-△△△△ 三重県△△市△△町△△△番地			
	加入医療保険	保険種別 1 協会 2 組合 3 共済 4 国保 5 後期 6 その他( ) 保険者名 三重県△△△保険事務所 記号・番号 △△△△ △△△ フリガナ 被保険者氏名 (本人以外の場合記入)			
	病名	1 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる)    2 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる) 3 代償性肝硬変(B型肝炎ウイルスによる)    4 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる) 5 非代償性肝硬変(B型肝炎ウイルスによる)    6 非代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)			
	本助成制度利用歴	1. あり 受給者証番号( ) 有効期間(    年    月    日 ~    年    月    日 ) 2. なし			
	保健医療機関	名称			
所在地					
	保健医療機関	名称			
所在地					
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、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証(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(新規・更新)交付を申請します。また、申請書に記入した内容については、事実と相違ありません。					
	申請者氏名: _____				
	<b>肝炎総合対策を推進するための情報提供についての同意書</b> 私が、今後公費負担によって受ける肝炎治療に係る治療経過及び結果について、必要に応じて診断書作成医療機関から三重県に対して報告され、厚生労働省の研究利用に提供されることに同意します。				
	氏名: _____				
	年    月    日 三重県知事  あて				
	受付欄				

(注)肝炎総合対策を推進するための情報提供については、プライバシーの保護に十分配慮し、本目的以外には使用することはありません。  
 ※該当者全員の個人番号を記載し、「情報連携する」にチェックすることで、市町村民税所得課税証明書、医療保険の資格情報が確認できる資料の提出を省略できます。

(受療者以外の宛先へ受給者証の送付を希望する場合のみ記入)

受給者証の送付先	住所	〒 -		
	氏名			
	電話番号	受療者との続柄		

受給者証の有効期間は原則として、申請書類が受理された月の初日から各薬剤の治療予定期間に即した期間になります。  
**新規申請で受理月以降の月からの開始を希望する場合は**下欄に記載してください。

有効期間開始希望 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月から治療開始予定

裏面も記載してください

**(裏面)○世帯員調査書**

下記の者が、私(申請者)が属する住民票上の同一世帯員です。

※1 「個人番号による情報連携を希望しない」場合には、個人番号の記入は不要です。

※2 年末調整や確定申告をした方も申告「有」に該当します。なお、申告が必要なのは世帯員のうち市町村民税所得課税証明書の提出が必要な方(個人番号を提出することにより市町村民税所得課税証明書を省略できる方を含む)です。

※3 記入する住所所在地…1月から6月の申請—前年の1月1日在住の市区町村  
7月から12月の申請—当年の1月1日在住の市区町村

世帯員氏名 個人番号(※1)	受診者との続柄	年齢	医療保険の種別 (該当するものに○)	市町村民税の申告 (※2)	1月1日現在の住所所在地(※3) (現住所と異なる場合のみ記入)	保健所使用欄 課税年額
受療者(申請者)本人	妻	△△	○協会 組合・共済 国保・後期・ その他( )	有・無	都道府県 市区町村	※保健所使用欄のため記入しないでください。
三重 花子		△△	○協会 組合・共済 国保・後期・ その他( )	有・無	都道府県 市区町村	
三重 次郎		△△	○協会 組合・共済 国保・後期・ その他( )	有・無	都道府県 市区町村	
				有・無	都道府県 市区町村	
				都道府県 市区町村		
<b>【保健種別】</b> 1 協会 : 全国健康保険協会管掌健康保険 2 組合 : 組合管掌健康保険 3 共済 : 国家公務員共済保険、地方公務員共済保険、私立学校教職員共済保険等 4 国保 : 国民健康保険(退職者分を除く) 5 後期 : 後期高齢者医療						
合計課税年額						

**地方税関係情報の照会に係る同意署名欄(※4)**

下記の者は三重県が「三重県肝炎治療特別促進事業実施要綱」に基づく事務手続を処理するために限って直近年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

受療者(申請者)	氏名(自署)	三重 太郎
申請者との続柄(妻)	氏名(自署)	三重 花子
申請者との続柄(子)	氏名(自署)	三重 次郎
申請者との続柄( )	氏名(自署)	
申請者との続柄( )	氏名(自署)	
申請者との続柄( )	氏名(自署)	

※ 同意する者自らが署名を行うこと。ただし、15歳以下の者の同意(自署)については、代筆可能です。

※4 「個人番号による情報連携(市町村民税所得課税証明書の提出省略)を希望しない」場合には、記入不要です。

**保健所記入欄**

○診断書(更新時)	○扶養対象者の申告	○除外申請
1 診断書	1 あり	1 あり
2 検査結果		
3 省略(1回目)		
4 省略(2回目)		

**保健所使用欄**

<個人番号確認> 来庁者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 番号確認(申請者) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 身元確認(来庁者) <input type="checkbox"/> 個人番号カード	確認者
	<input type="checkbox"/> パスポート
<医療保険の資格情報確認> <input type="checkbox"/> マイナポータル「資格情報画面」 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書	

※保健所使用欄のため記入しないでください。

○特記事項

決定階層