

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)
()内いずれかを囲む

| | | | | | | |
|----------------------------|------------|---------------------|--|---------|-------------|-----|
| 申 請 者 | ふりがな | | | | 性別 | 男・女 |
| | 氏名 | | | | 職業 | |
| | 生年月日 | 大・昭・平・令 年 月 日 (歳) | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | 電話番号 | |
| 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・共・国・後 | | | 被保険者証の記号・番号 | |
| | 被保険者証発行機関名 | | | 発行機関所在地 | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 病名 | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|

| | | |
|-----------------|-------------|--|
| 認定の有効期間(1年)の開始日 | 令和 年 月 日の初日 | <small>*認定の開始日は「申請書の受理日の属する月の初日」から「診断書が作成された日の属する月の翌々翌月」までのいずれかの月の初日のうち、申請者が指定した月の初日となります。</small> |
|-----------------|-------------|--|

| | | | | |
|---|------|--|-----|--|
| 保 又 険 は 保 険 機 関 局 | ① 名称 | | 所在地 | |
| | ② 名称 | | 所在地 | |
| | ③ 名称 | | 所在地 | |
| | ④ 名称 | | 所在地 | |
| | ⑤ 名称 | | 所在地 | |

【本助成制度利用歴】 1. あり 2. なし ※ありの場合、おわかりであれば受給者番号と延長を含む受給期間をご記入下さい

| | |
|-------|---------------------|
| 受給者番号 | 受給期間 |
| | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 |

(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。()内いずれかを囲んで下さい

申請者氏名 ⑩

令和 年 月 日
山形県知事 殿

| | |
|----------------------------|--|
| 肝炎治療特別促進事業の研究利用についての同意(任意) | 肝炎治療特別促進事業は、B型慢性肝疾患又はC型慢性肝疾患を発症している者の医療費の軽減を図る為、インターフェロン等の治療費の一部を公費で助成する制度です。肝炎治療に係る治療経過及び結果について、治療医療機関から県に対して報告されることに同意して頂ける場合は「同意します」に、されない場合は「同意しません」にチェックをお願い致します。 |
| | 研究利用(治療効果判定報告書)に <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。 |

<治療効果判定報告書の取扱いについて>

- この報告書に記載された内容は、厚生労働省肝炎等克服政策研究事業の研究班及び独立行政法人国立国際医療センターの肝炎情報センターが中心となる研究班が取りまとめを行います。
- この報告書に記載された内容の使用に当たっては、プライバシーの保護に十分配慮し、肝炎総合対策を推進する目的以外に使用することはありません。また、個人が識別される情報の公表等を行いません。
- この同意については、同意した後でもいつでも撤回は可能です。

(注)助成を受けることができるのは、山形県肝炎治療特別促進事業実施要綱に定める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。

| 世帯構成員名 | 申請者との続柄 | 満年齢 | 職業 | 市町村民税(所得割)課税年額 | 備考 |
|--------|---------|-----|----|----------------|----|
| | 本人 | 歳 | | 円 | |
| | | 歳 | | 円 | |
| | | 歳 | | 円 | |
| | | 歳 | | 円 | |
| | | 歳 | | 円 | |
| | | 歳 | | 円 | |
| | | 歳 | | 円 | |
| | | 歳 | | 円 | |
| 合 計 | | | | 円 | |

<市町村民課税額合算対象除外希望者に係る記載欄>

下記の者については、申請者本人との関係において、配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に、地方税制上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税課税額の合算対象から除外することを希望します。

申請者氏名

| 除外帯を構成希望する名 | ふりがな | 続柄 | ふりがな | 続柄 |
|-------------|------|----|------|----|
| | 氏名 | | 氏名 | |
| | ふりがな | 続柄 | ふりがな | 続柄 |
| | 氏名 | | 氏名 | |
| | ふりがな | 続柄 | ふりがな | 続柄 |
| 氏名 | | 氏名 | | |

(参考)

| 階層区分 | | 月額自己負担限度額 |
|------|---------------------------------|-----------|
| 甲 | 世帯の市町村民税(所得割)課税年額が235,000円以上の場合 | 20,000円 |
| 乙 | 世帯の市町村民税(所得割)課税年額が235,000円未満の場合 | 10,000円 |

注) 次の書類を添付してください。

- ① 診断書等
- ② 被保険者証等の写し
- ③ 受給者及び同一世帯に属するすべての者について記載してある住民票の写し
- ④ 受給者及び同一世帯に属するすべての者の課税年額を証明する書類(例:課税証明書(原本)、市町村民税決定通知書(原本)など)

※市町村民課税額合算対象除外を希望する場合は、除外対象者の下記の書類も添付して下さい。

- ① 市町村民税の税情報(課税証明書(原本)、市町村が通知する市町村民税の決定通知書(原本)、源泉徴収票(原本)等、扶養控除の内訳がわかるもの。
- ② 健康保険証のコピー等、それぞれの除外対象者について除外理由を確認できる書類