

様式第3号の2（第11条）（表面）

肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）更新申請書				
受給者（患者）	ふりがな氏名		性別	1男 2女
	生年月日	年 月 日	年齢	満 歳
	住所	（〒 — ）		
	電話	自宅電話番号（ ） — 携帯電話番号（ ） —		
	加入医療保険	保険種別 1協会けんぽ 2組合健保 3船員保険 4共済組合 5国保組合 6国保一般 7国保退職者 8後期高齢者 保険の区分 1被保険者本人 2被保険者の家族等（被保険者氏名 _____） （被保険者との続柄 _____） 被保険者証 名称 _____ 所在地 _____		
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）			
保険医療機関	名称			
	名称			
治療状況 <small>（診断書又は報告書の提出省略の場合に記入）</small>	現在の核酸アナログ製剤治療の継続の有無 (1) あり (2) なし 薬剤名（ _____ ）		※確認書類（保健所記入） ・お薬手帳 ・その他（ _____ ）	
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、茨城県肝炎治療費助成事業実施要綱第11条の規定により、上記のとおり申請します。 また、私が、公費負担によって受けた肝炎治療に係る治療経過及び結果について、医療機関から茨城県に対して報告されることについて同意します。 【申請者】 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____（〒 _____） _____ 自宅電話（ _____ ） _____ 住所 _____ 携帯電話（ _____ ） _____ 氏名 _____（受給者との続柄） 保健所長 殿				
前年（前々年）の世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円以上であり、自己負担が最高階層（月2万円）となることを了承し、課税年額等を証明する書類を提出しません。 _____ 氏名 _____（受給者との続柄）				

※該当する番号を○で囲み、空欄には必要事項を記入してください。
 ※申請の前に、裏面の注意事項をよく確認してください。