

(様式第 1-3)

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)交付(新規・更新)申請書

令和 年 月 日

岩手県知事 様

申請者氏名

印 (記名・押印又は署名)

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(核酸アナログ製剤治療)の交付を申請します。

| | | | | | |
|----------------------|------------|---|-------------|-----------------|-----|
| 申請者 | ふりがな 氏名 | | | 性別 | 男 女 |
| | 生年月日 | 明 昭 大 平 | 年 月 日 | 職業 | |
| | 住所 | 〒 (電話) | | | |
| | 加入 | 被保険者氏名 | | 受給者との 続柄 | |
| 医療 保険 | 医療 保険 | 保険種別 | 協・組・船・共・国・後 | 被保険者証の 記号・番号 | |
| | 医療 保険 | 被保険者証 発行機関名 | | | |
| 病名 | | | | | |
| 本助成制度 利用歴 | | 1. あり 2. なし 都道府県名 () 受給者証番号 () 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) | | | |
| 医療 機関 又は 薬局 | 名称 | | 所在地 | | |
| | 名称 | | 所在地 | | |
| | 名称 | | 所在地 | | |
| | 名称 | | 所在地 | | |
| | 名称 | | 所在地 | | |

| | | | | | | |
|-------------|--|---------------|-----|--------------|----------------|-----|
| 保健所等 記入欄 | 添付資料： 診断書 受給者の自己負担額： 階層区分 (甲 ・ 乙) 有効期間始期： 令和 年 月から 特記事項 | | | | | 受付印 |
| | 申請書 | 診断書 (押印確認) | 住民票 | 健康保険証 の写し | 所得が確認 できる書類 | |