

# 千葉県肝炎治療受給者証交付申請書

千葉県知事 様

令和 年 月 日

私は、申請書類として提出する診断書の記載内容につき認定に必要な範囲で県から医療機関に照会を行うことについて同意し、下記のとおり肝炎治療受給者証の交付を申請します。

申請者 (対象者)	フリガナ 氏名		性別	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	住所	〒 - 市区町村				
	加入保険 (いずれかを ○で囲む)	協会健保・健保組合・共済・国保 ・後期高齢・国保組合・その他	日中連絡の取れる 電話番号	- -		
(いずれかを○で囲む)	様式2-1 (新規)	1. B型慢性肝炎	2. C型慢性肝炎	3. C型代償性肝硬変		
	様式2-2 (2回目以降)	1. B型慢性肝炎	2. C型慢性肝炎	3. C型代償性肝硬変		
	様式2-3 (新規)	1. B型慢性肝炎	2. B型代償性肝硬変	3. B型非代償性肝硬変		
	様式2-4 (更新)	1. B型慢性肝炎	2. B型代償性肝硬変	3. B型非代償性肝硬変		
	様式2-7-1 (新規)	1. C型慢性肝炎	2. C型代償性肝硬変			
	様式2-7-2 (新規)	1. C型非代償性肝硬変				
	様式2-8 (再治療)	1. C型慢性肝炎	2. C型代償性肝硬変			
受診を希望する 医療機関 (薬局を含む)	医療機関名			所在地		
過去の受給歴の有無 (いずれかをチェック)	<input type="checkbox"/> 過去の受給歴なし <input type="checkbox"/> 現在受給中 受給者番号 ( ) 現在の受給者証の受給期間 ( 年 月 日～ 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 過去に千葉県で、肝炎治療受給者証の交付を受けたことがある。 受給者番号 ( ) 過去の受給者証の受給期間 ( 年 月 日～ 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 過去に千葉県以外で、肝炎治療受給者証の交付を受けたことがある。					
受給者証等の 発送先 (いずれかをチェック)	<input type="checkbox"/> 上記に記載の住所に発送 <input type="checkbox"/> <u>上記とは別住所に発送</u> (発送を希望する住所を下記に記載してください) 〒 - 氏名 連絡先 (申請者との関係 ) <input type="checkbox"/> 管轄の健康福祉センター・保健所等に発送 (受取に来て頂くことになります)					
市町村民税証明書等の税額を証する書類を提出しない場合(右欄にチェック)	<input type="checkbox"/> 税額を証する書類が未提出のため、月額自己負担額2万円の階層区分として決定されることを承諾します。					

保健所記入欄	認定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日				健康福祉センター・保健所受付印
	審査会年月	令和 年 月		年少者控除の該当の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	世帯全員分の市町村民税所得割額の合計額※	円		市町村民税額合算の対象除外申請の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	自己負担限度額と階層区分	※の額が235,000円以上		※の額が235,000円未満		
	<input type="checkbox"/> 甲 20,000円		<input type="checkbox"/> 乙 10,000円			

(注)医療費の助成を受けることができるのは、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にご相談ください  
※新規申請の方は、裏面のアンケートにもご協力ください

## 新規に肝炎治療受給者証交付申請を行う方へ

肝炎ウイルス検査で陽性となった方の医療費助成への確実な移行を支援するため、下記のアンケートにご協力ください。

### ① 肝炎ウイルス検査で陽性と判明したのは今回が初めてですか

※今回申請時に受診した精密検査のきっかけとなった肝炎ウイルス検査についてです。

今回初めて判明した  過去にも言われたことがある (過去は概ね1年前までを指します。)

### ② ①の肝炎ウイルス検査で陽性と判明したきっかけについて

※複数回受検された方は、直近のものについてにご回答ください。

職場健診  自治体検診  他疾患での医療機関への通院や入院時の検査  
 その他 ( )

### ③ 今回、肝炎治療費受給者証交付申請をしたきっかけについて※複数回答可

医療機関からの紹介 (→ かかりつけ医・ 精密検査を受診した医療機関・ その他医療機関)  
 自治体職員からの紹介  産業医や産業保健師等からの紹介  
 その他 ( )

肝炎受給者証交付申請に必要な書類は以下の通りです。

なお、申請書類の写しを取る場合は、申請前にご自身でお取りください。

添付書類チェック表	注意事項
<input type="checkbox"/> 千葉県肝炎治療受給者証交付申請書 (本書のことです)	<ul style="list-style-type: none"> <li>過去の受給歴の有無の欄の受給者番号や受給期間は、分かる範囲でご記入ください。</li> <li>受給者証等の発送先を申請者の住所とは別にしている場合、必ず上記に発送を希望する住所をご記入ください。</li> </ul>
<input type="checkbox"/> 診断書等	<ul style="list-style-type: none"> <li>診断書の有効期限は、記載日から起算して3ヶ月以内です。</li> <li>申請書の「申請様式」については、診断書を参考にして、該当する項目に○をしてください。</li> <li>核酸アナログ製剤で治療中の方が更新される場合に、診断書が不要となる対象の方は、代わりに現在の受給期間内のお薬手帳等を添付してください。(詳細は受給者証発行時に添付している案内文を御確認ください。)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票 (謄本)	<ul style="list-style-type: none"> <li>3ヶ月以内に発行されたもので、世帯全員の住民票(住民票謄本)をご用意ください。(住民票上の単身(一人暮らし)の方の場合も同様です。)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> 課税証明書又は市町村民税決定通知書等	<ul style="list-style-type: none"> <li>原則、住民票に記載されている世帯全員分の書類が必要です。</li> <li>直近の年度のものをご提出ください。(世帯員が2人以上の場合、世帯全員で同じ年度に揃えてください。)</li> <li>源泉徴収票や確定申告の写しでは受付できません。</li> <li>自己負担限度額の区分決定における算定基礎資料として提出していただくものですが、自己負担限度額が上位の階層(月額2万円)で差し支えない場合、提出を省略することができます。この場合、表面の「市町村民税証明書等の税額を証する書類を提出しない場合」の欄にチェックをお願いします。</li> </ul>
<input type="checkbox"/> 申請者の名前が記載された被保険者証の写し	<ul style="list-style-type: none"> <li>有効期限内のものを添付してください。</li> <li>健康保険に加入していない場合(無保険・生活保護等)は、医療費助成の対象外です。</li> </ul>

対象者のみ提出する書類	注意事項
<input type="checkbox"/> 市町村民税額合算対象除外希望申請書	<p>以下の3つの条件を満たしている方については、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することができます。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>除外を希望する方が、申請者の配偶者ではないこと。</li> <li>除外を希望する方が、申請者及びその配偶者と地方税法上の扶養関係にないこと。</li> <li>除外を希望する方が、申請者及びその配偶者と医療保険上の扶養関係にないこと。</li> </ol> <p>※上記の内容を確認するために、除外を希望する方について①住民票(続柄記載のもの)、②課税証明書、③健康保険証の写し等を合わせてご提出ください。</p>
<input type="checkbox"/> 千葉県肝炎治療受給者証の写し (延長又は更新の方のみ)	<p>治療を延長する場合又は核酸アナログ製剤で治療中の方が更新される場合は、お持ちの受給者証の写しが必要です。</p>

# 千葉県肝炎治療受給者証交付申請書

千葉県知事 様

令和 3 年10月 1日

私は、申請書類として提出する診断書の記載内容につき認定に必要な範囲で県から医療機関に照会を行うことについて同意し、下記のとおり肝炎治療受給者証の交付を申請します。

申請者 (対象者)	フリガナ 氏名	チバ ハナコ <b>千葉 花子</b>	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	生年月日	明治 大正 <b>昭和</b> 11年11月 1日 平成 令和
	住所	〒0000-0000 <b>千葉市中央</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>市場町1-1</b>				
	加入保険 (いずれかを ○で囲む)	<input checked="" type="checkbox"/> 協会健保 <input type="checkbox"/> 健保組合・共済・国保 ・後期高齢・国保組合・その他	日中連絡の取れる 電話番号	<b>090-0000-0000</b>		

申請様式 (いずれかを○で囲む)	様式2-1 (新規)	1. B型慢性肝炎	2. C型慢性肝炎	3. C型代償性肝硬変
	様式2-2 (2回目以降)	1. B型慢性肝炎	2. C型慢性肝炎	3. C型代償性肝硬変
	様式2-3 (新規)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. B型慢性肝炎	2. B型代償性肝硬変	3. B型非代償性肝硬変
	様式2-4 (更新)	1. B型慢性肝炎	2. B型代償性肝硬変	3. B型非代償性肝硬変
	様式2-7-1 (新規)	1. C型慢性肝炎	2. C型代償性肝硬変	
	様式2-7-2 (新規)	1. C型非代償性肝硬変		
	様式2-8 (再治療)	1. C型慢性肝炎	2. C型代償性肝硬変	

受診を希望する 医療機関 (薬局を含む)	医療機関名	所在地
	<b>千葉県病院</b>	<b>千葉市中央区市場町〇-〇</b>

過去の受給歴の有無  
(いずれかをチェック)

過去の受給歴なし

現在受給中  
受給者番号 ( )  
現在の受給者証の受給期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日まで)

過去に千葉県で、肝炎治療受給者証の交付を受けたことがある。  
受給者番号 ( )  
過去の受給者証の受給期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日まで)

過去に千葉県以外で、肝炎治療受給者証の交付を受けたことがある。

受給者証等の  
発送先  
(いずれかをチェック)

上記に記載の住所に発送

上記とは別住所に発送 (発送を希望する住所を下記に記載してください)

〒 - 氏名  
連絡先  
(申請者との関係 )

管轄の健康福祉センター・保健所等に発送 (受取に来て頂くこととなります)

市町村民税証明書等の税額を証する書類を提出しない場合(右欄にチェック)

税額を証する書類が未提出のため、月額自己負担額2万円の階層区分として決定されることを承諾します。

保健所記入欄	認定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日			健康福祉センター・保健所受付印	
	審査会年月	令和 年 月		年少者控除の該当の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	世帯全員分の市町村民税所得割額の合計額※	円		市町村民税額合算の対象除外申請の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	自己負担限度額と階層区分	※の額が235,000円以上		※の額が235,000円未満		
	<input type="checkbox"/> 甲 20,000円		<input type="checkbox"/> 乙 10,000円			

(注)医療費の助成を受けることができるのは、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にご相談ください  
※新規申請の方は、裏面のアンケートにもご協力ください