

千葉県肝炎治療受給者証転入届

千葉県知事 様

令和 年 月 日

私は千葉県へ転入しましたので、下記のとおり肝炎治療受給者証について届出します。

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
			男・女			
	住所	〒 ー 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	ー ー		

(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

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"/> 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)
	〒 ー 氏名 ー 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)

世帯・課税額の変更有無 (いずれかをチェック)	<input type="checkbox"/> 前住所地で受給者証の申請をした時点の住民票上の世帯・課税額について <u>変更ありません。</u> <input type="checkbox"/> 前住所地で受給者証の申請をした時点の住民票上の世帯・課税額について <u>変更があるため、世帯全員分の課税証明書を提出します。</u> <input type="checkbox"/> 前住所地で受給者証の申請をした時点の住民票上の世帯・課税額について <u>変更がありますが、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。(課税証明書未提出)</u>
----------------------------	---

千葉県に転入後、給付を受けることができる期間は、転入した日から転入前の都道府県にて発行された受給者証に記載された終期までです。

保健所記入欄	①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	
	②進達年月	令和 年 月	③年少者控除の該当の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	④世帯全員分の市町村民税所得割額の合計額※	円	⑤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
	⑥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	

③~⑤については、課税証明書等の提出があった場合のみ記載

上記の者は、現在、千葉県の肝炎治療受給者証の転入手続き中であり、千葉県の受給者証が発行された場合、下記の公費負担番号と、受給者番号が適用されることとなります。
 本欄に保健所受付印が押印されている場合のみ、受給者証が新しく発行されるまでの間の代わりとして利用できます。
 ただし、有効期限は保健所受理日から1ヶ月です。

公費負担者番号	38126017	受給者番号	
---------	----------	-------	--

(裏面)

肝炎受給者証転入届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 転入届 (本書のことです)	<ul style="list-style-type: none">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。
<input type="checkbox"/> 転入元(前自治体)の 受給者証の写し	<ul style="list-style-type: none">受給者証の有効期間が切れている場合、申請ができません。 医療費の助成を受ける場合は、新規の申請をお願いします。
<input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票 (謄本)	<ul style="list-style-type: none">3ヶ月以内に発行されたもので、世帯全員の住民票をご用意ください。住民票抄本では、住民票上の単身(一人暮らし)なのか複数の家族(世帯員)がいるのかの確認が取れないので、住民票謄本が必要となります。
<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">有効期限内のものを添付してください。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。

対象者のみ提出する書類	注意事項
<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">表面で「前住所地で受給者証の申請をした時点の住民票上の世帯・課税額について変更があるため、世帯全員分の課税証明書を提出します。」にチェックをしたのみ提出してください。階層区分が変更になる場合として以下のような場合が考えられます。 (例1) 結婚により、住民票の世帯員が増えた場合。 (例2) 扶養に入っていたが、離婚して千葉県に転入してきた場合。 (例3) 親元で暮らしていたが、就学・就職等により親元を離れた場合。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。世帯員が2人以上の場合、直近の年度のもの(世帯全員で同じ年度に揃えること)をご提出ください。源泉徴収票や確定申告の写しでは受付できません。
<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">除外を希望する方が、申請者の配偶者ではないこと。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。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。 <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</p> <ol style="list-style-type: none">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 <p>を合わせてご提出ください。</p>

千葉県肝炎治療受給者証転入届

千葉県知事 様

令和 3年10月 1日

私は千葉県へ転入しましたので、下記のとおり肝炎治療受給者証について届出します。

申請者 (対象者)	フリガナ 氏名	チバ ハナコ 千葉 花子	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	生年月日	明治 昭和 平成 令和 11年11月 1日
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉市中央 区 市場町1-1				
	加入保険 (いずれかを○ で囲む)	<input checked="" type="radio"/> 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	090-0000-0000		

(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)	<input checked="" type="radio"/> 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
	千葉県病院	千葉市中央区市場町〇-〇

受給者証等の 発送先 (いずれかをチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 上記に記載の住所に発送 <input type="checkbox"/> 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)
	<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)

世帯・課税額の 変更の有無 (いずれかをチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 前住所地で受給者証の申請をした時点の住民票上の世帯・課税額について <u>変更ありません。</u>
	<input type="checkbox"/> 前住所地で受給者証の申請をした時点の住民票上の世帯・課税額について <u>変更があるため、世帯全員分の課税証明書を提出します。</u>
	<input type="checkbox"/> 前住所地で受給者証の申請をした時点の住民票上の世帯・課税額について <u>変更がありますが、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。(課税証明書未提出)</u>

千葉県に転入後、給付を受けることができる期間は、転入した日から転入前の都道府県にて発行された受給者証に記載された終期までです。

保健所記入欄	①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	
	②進達年月	令和 年 月	③年少者控除 の該当の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	④世帯全員分 の市町村民税 所得割額の合 計額※	円	⑤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	
	⑥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		

③～⑤については、課税証明書等の提出があった場合のみ記載

上記の者は、現在、千葉県の肝炎治療受給者証の転入手続き中であり、千葉県の受給者証が発行された場合、下記の公費負担番号と、受給者番号が適用されることとなります。本欄に保健所受付印が押印されている場合のみ、受給者証が新しく発行されるまでの間の代わりとして利用できます。ただし、有効期限は保健所受理日から1ヶ月です。

公費負担者番号	3 8 1 2 6 0 1 7	受給者番号	
---------	-----------------	-------	--