

肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）交付申請書 [新規・更新]					
申請者（助成を受けようとする者）	ふりがな 氏名			性別 男 女	
	生年月日	明 大 昭 平	年 月 日	職業	
	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	記号・番号	
保 険 者 名					
世帯員調査書 兼同意書の提出	1 あり（ <input type="checkbox"/> 今回の申請で提出 <input type="checkbox"/> 以前添付済みのため不要） 2 なし				
病 名	1 慢性肝炎（B型肝炎ウイルスによる） 2 代償性肝硬変（B型肝炎ウイルスによる） 注：該当の番号を○で囲んでください。 3 非代償性肝硬変（B型肝炎ウイルスによる）				
本助成制 度の利用 歴	1 あり（ 山口県 ・ 県外〔都道府県名 〕 ） 受給者証番号〔 〕 注：該当の番号を○で囲み、 有効期間（ 年 月 日～ 年 月 日） 1の場合は必要事項を 2 なし（今回は初めての申請） 記入してください。				
保険医療機関・ 保険薬局	所 在 地				
	名 称				
	所 在 地				
	名 称				
	所 在 地				
	名 称				
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（ 新規 ・ 更新 ）交付を申請します。 <div style="text-align: center;"> 申請者氏名 （押印不要、代理人の場合は代理人の氏名を記載） </div> 年 月 日 山口県知事様					

※ 受給者証は、県の肝炎認定協議会で助成基準にそっていると認められた場合に交付します。認定された場合の受給者証の有効期間は、原則としてこの交付申請書を受理した日が属する月の初日から1年以内となります。また、更新が必要な場合は、更新前の受給者証の有効期間が終了する前に行ってください。有効期間を過ぎて更新申請された場合は、助成が受けられない期間が生じる可能性があります。

※ 申請にあたっての注意事項がウラ面にありますので、よくお読みください。

— 下記には申請者は記入しないでください。 —

保健所等 記入欄	経 由 保 健 所 名	保 健 所	保 健 所 受 付 日	年 月 日
	世帯の市町村民税課税年額	(所得割) / (所得割+均等割)	階 層 区 分	甲 ・ 乙
本課記載欄	進達受付日： 年 月 日	受給者番号		

肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）の交付申請をされる方へ

《申請にあたって必要となる書類等は次のとおりです》

※書類の不足等がないか確認しましたら、チェック欄にチェック☑を付けてください。

チェック欄

① 肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）交付申請書	<input type="checkbox"/>
② 世帯員調査書兼同意書（書類の省略を希望される方は提出が必要となります） ※当該同意書によりマイナンバーを提供いただける方については、マイナンバーを用いた情報連携により、必要な事項が確認できる場合は、⑤、⑥及び⑦のイを省略することができます。	<input type="checkbox"/>
③ 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書	<input type="checkbox"/>
④ 世帯員全員が記載されている住民票（市町役場で発行されたもの。コピーは不可。）	<input type="checkbox"/>
⑤ 世帯員全員の市町民税課税年額を証明する書類（市町役場で発行されたもの。コピーは不可。）	<input type="checkbox"/>
⑥ 申請者の氏名が記載された次のアイウのうち1つを添付（又は申請窓口にご持参ください） ア マイナポータルからダウンロードした資格情報を印刷したもの イ 資格情報のお知らせ（写し） ウ 資格確認書（写し）	<input type="checkbox"/>
⑦ 市町民税合算対象除外に関する書類 … 対象となる場合のみ提出 ア 市町民税合算対象除外希望申請書 イ 合算除外を希望する世帯員と、申請者本人及び申請者配偶者との関係について、相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にないことを証明できる書類	<input type="checkbox"/>

上記①～⑥（合算除外申請をされる場合は①～⑦）を整えて、住所地を管轄する健康福祉センター（下関市の場合は、下関市立下関保健所）に御提出ください。

なお、郵送による提出も可能ですが、書類に不備があった場合は、手続きに時間を要する場合がありますので、あらかじめご了承ください。お急ぎの場合、窓口書類を持参されることをお勧めします。

■ お問い合わせ・提出先等

名称	住所	電話番号	管轄市町
下関市立下関保健所 健康推進課	〒750-8521 下関市南部町1-1 (下関市役所本庁舎西棟3階)	083-231-1935	下関市
岩国健康福祉センター (岩国環境保健所)	〒740-0016 岩国市三笠町1-1-1 (山口県岩国総合庁舎2階)	0827-29-1523	岩国市・和木町
柳井健康福祉センター (柳井環境保健所)	〒742-0031 柳井市南町3丁目9-3 (山口県柳井総合庁舎1階)	0820-22-3631	柳井市・周防大島町・ 上関町・田布施町・平生町
周南健康福祉センター (周南環境保健所)	〒745-0004 周南市毛利町2-38 (山口県周南総合庁舎3階)	0834-33-6425	下松市・光市・周南市
山口健康福祉センター (山口環境保健所)	〒753-8588 山口市吉敷下東3-1-1 (山口県総合保健会館1階)	083-934-2531	山口市
山口健康福祉センター (防府保健所)	〒747-8501 防府市寿町7番1号 (防府市役所 福祉棟1階)	0835-22-3740	防府市
宇部健康福祉センター (宇部環境保健所)	〒755-0033 宇部市琴芝町1丁目1-50 (山口県宇部総合庁舎2階)	0836-31-3202	宇部市・美祢市・ 山陽小野田市
長門健康福祉センター (長門環境保健所)	〒759-4101 長門市東深川1344-1	0837-22-2811	長門市
萩健康福祉センター (萩環境保健所)	〒758-0041 萩市江向河添沖田531-1 (山口県萩総合庁舎と同一敷地)	0838-25-2669	萩市・阿武町
山口県健康増進課 健康づくり班	山口市滝町1-1 (山口県庁本館棟6階)	083-933-2950	(お問い合わせのみ)