

(表面)		ウイルス肝炎医療費受給者証 交付申請書 (新規・転入)					
対象者	ふりがな			性別	男 ・ 女		
	氏名			生年月日	年 月 日生		
	住所	(〒 - )		(電話 - - )			
	加入医療保険	保険種別	1 国民健康保険	2 国保退職者	保険証の記号		
			3 健康保険	4 共済組合	番 号		
		5 その他 ( )		被保険者氏名	対象患者との続柄		
		保険証発行機関の名称					
	医療負担割合		割				
病名	( B ・ C ) 型 ( 慢性肝炎 ・ 肝硬変 ・ ヘパトーム ) (該当に○)						
抗ウイルス療法(インターフェロン、インターフェロンフリー、核酸アナログ製剤)の実施状況	※番号に○印を付けてください。①②の方は、裏面も記入してください。 ①治療中                      ②治療予定                      ③なし						
本制度の利用状況	過去にも申請したことがある・ない	・長野県内で申請 (当時の受給者番号: ) ・ _____ 県で申請 (受給者証: 年 月 日～ 年 月 日)					
生計中心者	氏名			対象患者との続柄			
	住所	(〒 - )		(電話 - - )			
	今回申請する対象患者以外に既に同一生計内で受給者証の交付を受けている者	無 ・ 有	(受給者番号 ) (氏名 )				
上記のとおり、ウイルス肝炎医療費受給者証の交付を申請します。 年 月 日 申請者 住所 氏名 _____ 保健所長 様					管轄保健所收受印欄		
<p>◆受給者情報の提供に関する同意◆</p> <p>市町村の福祉医療費との重複支給を防止するために、福祉医療費受給者証をお持ちの方の、本事業における給付内容(氏名・住所・生年月日・性別・自己負担限度額・月別の給付額)を、市町村に通知する場合があります。後になって重複支給が判明した場合は、まとまった金額の返還など、受給者の皆様にも手間や負担が生じることがあります。公的医療給付の適正な執行のため、御理解と御協力をお願いします。</p> <p>1. 私は福祉医療費の受給者証をもっています。(はい・いいえ) → 「はい」の場合は2へ</p> <p>2. 私の給付内容を市町村へ通知することに同意します。</p> <p>2に同意される場合は、右に署名願います。⇒ <b>【 署名: _____ 】</b></p> <p>※患者以外の方が補助的に署名する場合は、患者本人の意志を十分に確認してください。</p>							

(注) 1 住民票・保険証のとおり記載してください。 2 患者様の保険証の写しを添付してください。

※保健所記入欄	生計中心者の所得状況		市町村民税非課税 ・ 所得税課税年額				円
	区分	A B C D E F G	月額限度額	入院	円		
		重症 本人 製剤		外来等	円		
	世帯の所得状況		・市町村民税非課税 ・市町村民税(所得割) 課税年額				円
区分	一般	上位	月額限度額	外来等	円		

表面の「抗ウイルス療法の実施状況」欄で①、②を選択した方は、太枠の中を記入し、必要な証明書類(注)を添付してください。「世帯からの除外申請」欄は、患者様が国民健康保険又は後期高齢者医療の被保険者で、(注)3又は4の※2に該当する場合のみ記入してください。

(保健所記入欄)

世帯員氏名	続柄	被保険者・被扶養者の別	満年齢	職業	世帯からの除外申請(除外を申請する世帯員に○をする)	証明書類の添付	世帯からの除外の適否	加入医療保険	
								1 職域保険	2 地域保険
								市町村民税(所得割)課税年額(年度)	
	本人	被保被扶				有無			円
		被保被扶				有無			円
		被保被扶				有無			円
		被保被扶				有無			円
		被保被扶				有無			円
		被保被扶				有無			円
合 計									円

(注)1 「世帯員氏名」欄には、患者様と同一の医療保険(国民健康保険、健康保険、後期高齢者医療など)に加入している方を記載してください。

2 患者様が健康保険など国民健康保険・後期高齢者医療以外(職域保険)の場合の証明書類被保険者本人分の市町村民税課税証明書(非課税の場合は、非課税証明書)

3 患者様が国民健康保険の場合の証明書類

国民健康保険の被保険者全員分の市町村民税課税証明書(非課税の場合は、非課税証明書)(※1 乳幼児や義務教育就業中の被保険者については不要です。)

(※2 患者様の配偶者以外であって、患者様及びその配偶者の方と地方税法上扶養・被扶養関係にない被保険者は、世帯からの除外申請をすることができますが、証明書類の提出は必要です。)

4 患者様が後期高齢者医療の場合の証明書類

後期高齢者医療の被保険者全員分の市町村民税課税証明書(非課税の場合は、非課税証明書)(※2 患者様の配偶者以外であって、患者様及びその配偶者の方と地方税法上扶養・被扶養関係にない被保険者は、世帯からの除外申請をすることができますが、証明書類の提出は必要です。)

(例) 家族構成：患者(妻)=健康保険(被扶養者) 夫=健康保険(被保険者) 子=健康保険(被扶養者) 父=国保(被保険者)の場合

同一の医療保険に加入している世帯員は患者、夫、子の3人となります。患者様が加入している医療保険は健康保険なので、被保険者である夫の市町村民税(所得割)課税年額により所得階層が決定されますので、夫の市町村民税課税証明書を提出する必要があります。

世帯員氏名	続柄	被保険者・被扶養者の別	満年齢	職業	証明書類の添付
長野 花子	本人	被保被扶	35	パート	有・無
長野 太郎	夫	被保被扶	35	会社員	有・無
長野 隰子	長女	被保被扶	1	なし	有・無