

ウイルス性肝炎進行防止対策（肝炎治療特別促進事業）
医療受給者証変更届

平成 年 月 日

北海道知事 様

次のとおり変更したのでお届けします。

1 届 け 者

(フリガナ) 氏 名	-----
受 給 者 との 続 柄	本人・夫・妻・父・母・子

2 受 給 者

(フリガナ) 氏 名	-----
受 給 者 番 号	-----

3 変更内容

変 更 内 容	1 氏名変更 2 住所変更 3 保険区分変更 4 有効期間変更（裏面参照）
変更年月日	平成 年 月 日

	変 更 前	変 更 後
1 氏 名 変 更		
2 住 所 変 更	〒 (電話 — —)	〒 (電話 — —)
3 保 険 区 分 変 更	被用者（政・組・船・共） 国保（一般）・国保（退職） 後期高齢者・その他（ ） ----- 本 人 ・ 家 族	被用者（政・組・船・共） 国保（一般）・国保（退職） 後期高齢者・その他（ ） ----- 本 人 ・ 家 族
4 有 効 期 間 変 更 （裏面参照）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 変更により対象外となる期間については 助成を受けていないことを証明します。 氏名 _____ 印

※氏名変更の場合は戸籍抄本を、市町村が変わる住所変更の場合は住民票を、保険区分の変更は保険証の写しを、有効期間変更の場合は受給者証原本を添付してください。

(裏面)

4 有効期間変更について

(1) 対象者

インターフェロン治療またはインターフェロンフリー治療の医療受給者証をお持ちの方

(2) 医療機関との調整

有効期間を変更する場合、十分に医療機関と調整したうえで提出願います。

(3) 期間の考え方

受給者証の有効期間は、治療期間が12週の場合は4ヶ月間、24週の場合は7ヶ月間、36週の場合は10ヶ月間、48週の場合は12ヶ月間となっています。

変更届では、有効期間を延長することはできませんので、始期を1ヶ月早める場合は終期も1ヶ月早めることとなります。

また、原則、医療受給者証交付申請書を保健所に提出した月より前に始期を設定することはできません。

(4) 届出の期限

医療受給者証に記載の交付年月日から1ヶ月以内とします。

なお、交付後、治療開始の目処が立たない場合は、「未使用」である旨を明記して返納届を提出いただき、治療開始の目処が立ってから改めて新規申請書をご提出ください。一度でも受給者証を使用している場合は、同じ治療についての再申請はできません。

(5) 証明

有効期間の変更により対象外となる期間について、助成を受けていないことを証明するため、必ず患者様本人の署名と押印をお願いします。

例えば、1月から7月までの有効期間を3月から9月までの有効期間に変更する場合、1月と2月について、医療受給者証を医療機関等に提示して助成を受けていないこと、及び、保健所に償還払申請書を提出して助成を受けていないことが変更の条件となります。