

申請区分(いずれかに○)	1 新規	2 他都府県からの転入
--------------	------	-------------

## ウイルス性肝炎進行防止対策 (肝炎治療特別促進事業) 医療受給者証交付申請書

申請疾患名	1. B型慢性肝炎(インターフェロン) 2. C型慢性肝炎(インターフェロン) 3. C型代償性肝硬変(インターフェロン) 4. B型慢性肝疾患(核酸アナログ製剤使用) 5. C型慢性肝炎(インターフェロンフリー) 6. C型代償性肝硬変(インターフェロンフリー) 7. C型非代償性肝硬変(インターフェロンフリー)
-------	--

対象患者	フリガナ			性別	男・女
	氏名				
	生年月日	(和暦)	年	月	日
	住所	(〒 - )			
		(電話 - - )			
	健康保険の種類	被用者(協会・組合・船員・共済)・国保・後期高齢 国保組合(建設・歯科医師・薬剤師・医師)・その他( )	本人家族の別	本人・家族	
生計中心者氏名			※患者と住民票上別世帯の場合は右欄に <input type="checkbox"/>		

北海道知事様

(インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・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、医療受給者証の交付を申請します。

※該当する治療に○ 令和 年 月 日

**【診断書の研究利用についての同意】**

私は、ウイルス性肝炎進行防止対策(肝炎治療特別促進事業)医療受給者証の交付申請に当たり、提出した診断書が厚生労働科学研究事業研究班に送致され、肝炎治療の基礎資料として使用(道外に転出した場合に、個人票が転出先の都府県知事に送致され、引き続き当該研究の継続的な基礎資料として使用されることを含む。)されることに同意します。

※同意しない場合のみ、右に署名してください。 (同意しません 氏名)

申請者  (患者本人の場合は氏名のみ記入)	氏名			患者からみた続柄	
	住所	(〒 - )	(電話 - - )		

※申請に当たっては、裏面の添付書類を添えて提出してください。 裏面へ

保健所等  記入欄	収受印	区分判定	A	B	D
		(負担月額)	(0)	(10,000)	(20,000)
		所得割合計	非課税 (均等割なし)	0~234,999 (均等割あり)	235,000~ (均等割あり)
		整理番号			

〔添付書類一覧〕

書類名称	新規申請	転入申請
診断書（様式3-1、3-2、3-3のいずれか）※1	○	不要
転入前の都府県で交付されていた受給者証の写し ※2		○
世帯全員分の住民票（住民票全部事項証明書） ※3	○	○
患者の健康保険証又は後期高齢者被保険者証の写し	○	○
世帯全員の住民税の課税状況がわかる書類 ※4	○	○

※1 申請日より前3か月以内に作成されたもののみ有効です。

※2 有効期間の残期間があるものを提出してください。

※3 申請日より前3か月以内に発行されたもののみ有効です。

※4 申請時期により証明書類の年度が変わります。

申請時期	証明書類の年度	具 体 例
4月～5月	前年度	令和6年4月申請 → 令和5年度の課税証明書 (令和4年の収入が反映)
6月	前年度又は当該年度	令和6年6月申請 → 令和5年度又は令和6年度の課税証明書 (令和4年又は令和5年の収入が反映)  ※世帯全員で、年度をそろえてください。 ※申請時に提出した後、年度を替えて再提出することはできません。
7月～3月	当該年度	令和7年1月申請 → 令和6年度の課税証明書 (令和5年の収入が反映)

【市町村民税額世帯合算対象除外希望申請】

※ 自己負担限度月額、世帯全員の市町村民税課税年額を合算し判定しますが、次の<除外条件>にすべて該当する場合、合算対象から除外することができます。

（※世帯構成や加入保険の状況等により除外されないことがあります）

<除外条件>

- (1) 患者の配偶者ではないこと
- (2) 患者及びその配偶者と相互に地方税法上の扶養関係にないこと
- (3) 患者及びその配偶者と相互に医療保険上の扶養関係にないこと

市町村民税額合算対象除外希望申請書

上記(1)から(3)を満たすので、次の者を市町村民税課税額の合算対象から除外することを希望します

除外を希望する対象者の氏名（フリガナ）	患者からみた続柄

除外を希望する場合は、「除外を希望する対象者の氏名」を記載し、患者の配偶者及び除外希望対象者の健康保険証の写しを併せて提出してください。