

様式 6

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

自己負担限度額区分変更申請書

年 月 日

北海道知事 様

- 次のとおり変更があったので、届け出ます。
- 次のとおり自己負担限度月額区分の変更を申請します。

1 受給者

フリガナ	
氏名	
受給者番号	

2 届出者（申請者）受給者本人の場合は記入不要

フリガナ	
氏名	
受給者からみた続柄	配偶者・子・その他（ ）

3 変更内容

変更事由 (該当番号に○)	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）	5 世帯構成の変動等による 自己負担限度額区分の変更
変更が生じた日	年 月 日	

変更内容記入欄 ※変更がある項目のみ記入してください

区分	変更前	変更後
1 氏名変更	フリガナ	フリガナ
2 住所変更	〒 - (電話 - -)	〒 - (電話 - -)
3 保険区分変更	被用者（協会・組合・船員・共済） 国保（一般）・後期高齢者 国保組合・その他（ ） 本人・家族	被用者（協会・組合・船員・共済） 国保（一般）・後期高齢者 国保組合・その他（ ） 本人・家族
4 有効期間変更 (届出は有効期間内または交付日から1ヵ月以内)	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 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申立てます。 氏名

裏面記載の添付書類を添えて提出してください。



〔添付書類一覧〕

区 分	添 付 書 類
1 氏名変更	<ul style="list-style-type: none"> ・戸籍抄本又は住民票、マイナンバーカードの写し、運転免許証の写し（変更前後の記載があるもの） ・現在お使いの受給者証原本
2 住所変更※	①他の市町村（道内）への転居 <ul style="list-style-type: none"> ・住民票 ・現在お使いの受給者証原本
	②同一市町村内の転居 <ul style="list-style-type: none"> ・転居後の住所あてに届いた郵便物等の写し（又は住民票） ・現在お使いの受給者証原本
3 保険区分変更	<ul style="list-style-type: none"> ・新しい健康保険証又は後期高齢者被保険者証の写し ・現在お使いの受給者証原本
4 有効期間変更	<ul style="list-style-type: none"> ・現在お使いの受給者証原本
5 自己負担限度額区分変更	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯全員の住民票 ・世帯全員の住民税の課税状況がわかる書類 ・現在お使いの受給者証原本 など <p>（ケースにより異なりますので、お問い合わせください）</p>

※ 他の都府県に転出する場合、他の都府県から転入する場合は、住所変更ではなく転入申請による新規交付となります。詳しくは転居先の都道府県にお問い合わせください。

4 有効期間変更について 重 要

(1) 対象者

インターフェロン及び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のみ

(2) 医療機関との調整

有効期間を変更するときは、十分に医療機関と調整した上で提出してください。

(3) 期間変更の考え方

受給者証の有効期間は、治療期間が12週の場合は4か月間、24週の場合は7か月間、36週の場合は10か月間、48週の場合は12か月間と定められています。

有効期間そのものを延長することはできませんので、実際の治療期間に合わせてスライドさせる（始期を1か月早める場合は終期も1か月早め、始期を1か月先延ばしする場合は終期も1ヶ月先延ばしする）こととなります。

また、原則として医療受給者証交付申請書を提出した月よりも前の月に遡って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有効期間内または交付日から1か月以内です。

なお、交付後、治療開始のめどがたたない場合は、「未使用」である旨を明記して返納届に添えて返納し、治療開始のめどがたってから改めて新規申請書を提出してください。一度でも受給者証を使用した場合は、同じ治療についての再申請はできません。

(5) 申請書への署名

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確認するため、必ず患者様本人の署名をお願いします。

例えば、1月1日から3月31日までの有効期間を3月1日から5月31日までに変更する場合は、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おらず、かつ、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。