第３号様式の２（第４条関係）

肝炎治療受給者証交付申請書
（　核酸アナログ製剤治療（更新）　）

申請者	ふりがな 氏　　名			性　別	男　女
	生年月日	年　　月　　日		職　業	
	住　所	（電話　　）			
	加入医療保険	被保険者氏名		申請者との続柄	
		保険種別	政・組・船・共・国・後	被保険者証等の記号・番号	
		被保険者証等発行機関名			
		所在地			
病　名					
本制度利用歴		１．あり　　２．なし 受給者番号（　　） 有効期間（平成　年　月　日～平成　年　月　日）			
保険医療機関	名　称				
	所在地				
	名　称				
	所在地				

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、肝炎治療受給者証の交付を申請します。

申請者氏名　　㊞

年　　月　　日

大分県知事　　殿

（市町村民税額合算対象除外希望者がいる場合）

下記の者については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。

記

除外希望者氏名（ふりがな）

申請者氏名　　㊞

【核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師の記載欄】

診断年月	年　月	前医 （あれば記載する）	医療機関名 医師名
検査所見		＜前回申請時データ＞	＜更新時直近データ＞
	1．B型肝炎ウイルスマーカー	（検査日：　年　月　日） （該当する方を○で囲む。）	（検査日：　年　月　日） （該当する方を○で囲む。）
	（1）HBe抗原 HBe抗体 （2）HBV-DNA定量	（＋・－） （＋・－） ＿＿＿（単位：　、測定法　）	（＋・－） （＋・－） ＿＿＿（単位：　、測定法　）
	2．血液検査 AST ALT 血小板数	（検査日：　年　月　日） ＿＿＿IU／l（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ＿＿＿IU／l（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ＿＿＿／μl（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）	（検査日：　年　月　日） ＿＿＿IU／l（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ＿＿＿IU／l（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ＿＿＿／μl（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）
	3．画像診断及び肝生検などの所見（特記すべき所見があれば記載する。）	（検査日：　年　月　日）	（検査日：　年　月　日）
診断	該当番号を○で囲む。 1．B型慢性肝炎　2．代償性肝硬変（B型肝炎ウイルスによる。）　3．非代償性肝硬変（B型肝炎ウイルスによる。）		
治療内容	該当番号を○で囲む。 1．エンテカビル単独 2．ラミブジン単独 3．アデホビル単独 4．ラミブジン＋アデホビル 5．その他（具体的に記載してください。　）		
治療薬剤の変更	該当する方を○で囲む。 前回申請時からの治療薬剤の変更　1．あり　2．なし 「1．あり」に○をした場合、 変更前薬剤名（　）　変更日（　年　月　日）		
治療上の問題点			

上記のとおり、B型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療の継続が必要であると認めます。

記載年月日　年　月　日

医療機関名及び所在地

医師氏名　印

（注）
1．記載内容の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2．更新直近データは記載日前3か月以内の資料に基づいて記載してください。
3．前回申請時データが不明な場合は、前回申請時以降の確認できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。
4．記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。