

肝炎治療受給者証交付申請書 （インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療・インターフェロンフリー治療）													
申 請 者	ふりがな									性 別	男 女		
	氏 名												
	生年月日	年 月 日								職 業			
	住 所	郵便番号 (電話)											
	個人番号												
	加 入 医療保険	1 協会けんぽ 2 組合健保 3 船員保険 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 7 後期高齢者										申請年 1 / 1	時点の住民票 所在市町村
		保険者名											
病 名													
本制度利用歴		1 あり 2 なし 受給者番号 () 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)											
保 険 医 療 機 関 等	名 称												
	所 在 地												
	名 称												
	所 在 地												
下記事項について同意しましたので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。 ・（インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療・インターフェロンフリー治療）の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けること。 ・（インターフェロンフリー治療を申請の場合）公費助成を受けたC型肝炎に対するインターフェロンフリー治療に係る治療経過及び結果について、医療機関から大分県に対し報告されること。 【申請の委任について】 申請を代理人に委任する場合は、☐ にチェックを入れ、代理人の氏名を記入すること。 ☐ 申請に際し、右記の者を代理人として委任します。（代理人： ） 申請者氏名 _____ 年 月 日 大分県知事 殿													

※治療経過及び結果についてのデータは匿名化して個人情報の保護に十分配慮し、肝炎総合対策を推進する目的以外に使用することはありません。

(裏)

申請者を除く同一世帯員（申請者が属する住民票上の世帯の全ての構成員）記載欄

- 1 下記の者が、私（申請者）が属する住民票上の同一世帯員です。
- 2 私及び下記の同一世帯員は医療保険情報及び直近年度の地方税関係情報を取得することについて
- ・同意します（下記の「同意署名欄」に同意する本人それぞれが署名をしてください。）
 - ・同意しません（市町村民税（所得割）の課税年額について紙による提出が必要です。）

※自己負担限度額階層区分については、申請者が属する住民票上の世帯の全ての構成員（直近年度が義務教育期間以前の者は除く）に係る市町村民税（所得割）課税年額を合算し、その額に応じて認定するものと規定されています。

☐ 自己負担額階層区分が最高階層（2万円）と認定されることに了承し、市町村民税（所得割）課税証明する書類は提出しません。

	15歳以下	ふりがな	生年月日	個人番号						申請者との続柄	申請年 1/1時点 の住民票 所在市町村	紙による提出
		氏名	性別									
同一世帯者（申請者を除く）	☐		男 女									☐
	☐		男 女									☐
	☐		男 女									☐
	☐		男 女									☐
	☐		男 女									☐
	☐		男 女									☐

地方税関係情報の照会に係る同意署名欄

大分県が行う「大分県肝炎に係る医療費の助成に関する規則（平成二十年大分県規則第二十四号）」に基づく事務手続を処理するために限って直近年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意します。

申請者 氏名(自署)

申請者との続柄 () 氏名(自署)

申請者との続柄 () 氏名(自署)

申請者との続柄 () 氏名(自署)

申請者との続柄 () 氏名(自署)

申請者との続柄 () 氏名(自署)

申請者との続柄 () 氏名(自署)

※代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状を添付すること。

※15歳以下の者の同意（自署）は不要