

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証交付申請書

大阪府知事様

核酸アナログ製剤治療の効果、副作用等について主治医から説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の交付を申請します。

		年 月 日				
受給者	フリガナ		男・女	年 月 日 生 歳	新規	
	氏名				更新	
	住所			電話番号	- -	変更
				郵便番号		転入
	世帯の状況	世帯人数	人(うち、中学生以下 人)			除外希望有
		世帯全員の市町村民税(所得割)の合計金額		円		
		市町村民税の合算対象除外を(希望する・希望しない)		⇒希望する場合は裏面も記入してください。		
		合算対象除外後市町村民税(所得割)の合計金額		円		
	加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄		
		※該当する箇所に○をしてください。		健康保険被保険者証記号番号	記号	
1 健保 本人、家族 (船員組合、各種共済組合)				番号		
2 国保 世帯主、家族			保 険 者	名称		
3 退職者医療 本人、家族				番号		
	4 高齢者医療 (後期、前期)		資格取得日	年 月 日		
病 名		1. B型慢性肝炎 2. B型代償性肝硬変 3. B型非代償性肝硬変				
本助成制度利用歴		1. あり 2. なし				
		受給者番号				
		有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
受療医療機関	所在地名	所在地名				
	所在地名	所在地名				

申請者	フリガナ		受給者との続柄	
	氏名		印	
	住所			電話番号
		郵便番号		

※申請者の氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

受給者証の送付先が申請者の住所と異なる場合は、下欄に記入してください。

受給者証の送付先	フリガナ		受給者との続柄	
	氏名			
	住所	(TEL: - -)		
		他府県からの転入	大阪府への日	年 月 日
		転出日	都道府県	都道府県
		転出時間	転出者番号	
		大阪府内における転居日		年 月 日

保健所記入欄	階層区分 (いずれかに○)		甲	乙	確認者	印
	保健所名 (保健所コード)					受付印
	一備考欄一					
	有効期間	開始日	年 月 日	終了日	年 月 日	

市町村民税額合算対象除外申請

大阪府知事 様

下記の者については、受給者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、受給者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上及び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。

申請者氏名：	確認欄
合算対象除外者氏名	受給者との続柄

※添付書類：世帯全員の健康保険証又は後期高齢者医療被保険者証の写し

あなたは、どこで肝炎ウイルス検査を受け、陽性と判定されましたか。該当する項目にチェックしてください。

健康診断として受診	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所(クリニック) <input type="checkbox"/> 保健所・市町村保健センター
	<input type="checkbox"/> 職場の健康診断・人間ドック <input type="checkbox"/> その他[]
体調不良による医療機関の受診	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所(クリニック)

対象者

国の定める認定基準に基づく審査の結果、承認されない場合がありますので、申請される場合は、かかりつけ医とよくご相談ください。

- ① 住所が大阪府内であること。
- ② B型肝炎ウイルス性肝炎、代償性肝硬変、非代償性肝硬変のいずれかと診断され、かつ、肝炎核酸アナログ製剤治療受給者の認定基準(※診断書に記載)を満たしていること。
- ③ 各種健康保険の被保険者又はその被扶養者であること。

申請時必要書類

- 【新規申請の方】**
- ① 交付申請書(この用紙)
 - ② 肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証認定にかかる診断書
 - ③ 患者さんの健康保険証の写し
 - ④ 続柄が記載された世帯全員の住民票
 - ⑤ 中学生以下を除く世帯員全員の市町村民税課税(非課税)証明書
- 【更新申請の方】**
- ① 交付申請書(この用紙)
 - ② 薬剤情報提供書(例：お薬手帳等)の写し
 - ③ 患者さんの健康保険証の写し
 - ④ 続柄が記載された世帯全員の住民票
 - ⑤ 中学生以下を除く世帯員全員の市町村民税課税(非課税)証明書

記入の際の注意事項

- 氏名には必ずフリガナを記入してください。
- 審査結果を郵送したとき、あて先不明で返送されないことがないよう、住所はマンション名、〇〇様方まで詳しく記入してください。
- 加入医療保険の資格取得年月日は、受給者の受給資格が認定された年月日を記入してください。

承認後の助成期間

申請書類を受理した日の属する月の初日を助成期間開始日とし、1年間を助成期間とします。
例：5月10日に保健所で申請書類を受理した場合、助成期間は5月1日から翌年4月30日となります。

自己負担限度額について

この医療費助成制度は、受給者の属する世帯全員の市町村民税額に応じて、病院・診療所・院外処方による調剤薬局での支払いの際、1万円・2万円を上限とする自己負担が生じます。月額自己負担限度額は、患者さんの世帯全員(中学生以下は含まない)の市町村民税(所得割)課税額を合算した額により決定されます。

※ 市町村民税額合算対象除外申請をされる場合は、世帯員のうち下記の①②③の条件を満たす方について申請できます。

- ① 受給者の配偶者以外の世帯員
- ② 受給者およびその配偶者と地方税制上、扶養関係にない方
- ③ 受給者およびその配偶者と医療保険上、扶養関係にない方

※ 市町村民税額合算対象除外申請をされる方は、世帯全員の健康保険証の写しが添付書類として必要です。

世帯全員の市町村民税(所得割)課税年額	自己負担限度額
235,000 円未満	10,000 円
235,000 円以上	20,000 円