

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			年 月 日 (出生日)	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)		保 険 者	番号			
2 国保 世帯主、家族			名称			
3 退職者医療 本人、家族	資格取得日		年 月 日			
4 高齢者医療 (後期、前期)						
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		

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

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	都道府県	名	都道府県
	転出	時	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	
	保健所名(保健所コード)				受付印	
	備考欄					
	有効期間	開始日	年 月 日	終了日	年 月 日	

