

※裏面もご確認ください。

【更新に必要な書類 チェック表】

・□にチェックを入れてご確認ください。

I 全員の方の提出が必要な書類

- 1 肝炎治療受給者証交付申請書（様式第3号） 同封
- 2 お手元の受給者証の【有効期間の太枠部分】をご確認いただき、
下記①～③のいずれかをご提出ください。

肝 肝炎治療受給者証		（ 核酸アナログ製剤治療 ）	
公費負担者番号	3 8 1 6 6 0 1 3		
受給者番号			
受給者住所	〒●●●-●●●● ●●●●●●●●		
受給者氏名	●● ●●		
受給者生年月日	昭和●年●月●日	性別	●
疾病名	B型慢性肝疾患		
保健医療機関又は保険薬局の名称	（保健医療機関又は保険薬局で受診可能） ●●病院、●●薬局		
有効期間	令和6年12月1日から令和7年11月30日 ※次回の更新申請には診断書（又は診断書に代えて申請する様式）の提出が必要です		
月額自己負担限度額	月額 ●●,●●●円		
知事名及び印	●●●●●●●● 県知事		
交付年月日	令和6年10月1日		

肝 肝炎治療受給者証		（ 核酸アナログ製剤治療 ）	
公費負担者番号	3 8 1 6 6 0 1 3		
受給者番号			
受給者住所	〒●●●-●●●● ●●●●●●●●		
受給者氏名	●● ●●		
受給者生年月日	昭和●年●月●日	性別	●
疾病名	B型慢性肝疾患		
保健医療機関又は保険薬局の名称	（保健医療機関又は保険薬局で受診可能） ●●病院、●●薬局		
有効期間	令和6年12月1日から令和7年11月30日 記載なし		
月額自己負担限度額	月額 ●●,●●●円		
知事名及び印	●●●●●●●● 県知事		
交付年月日	令和6年10月1日		

①をご提出ください。

①を提出できない場合は
②をご提出ください。

③をご提出ください。

- ① 肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）の交付申請に係る診断書に代えて申請する様式（別紙様式1） 同封

【添付書類】

- 検査内容が分かる資料：検査結果報告書及び画像診断レポート
- 治療内容が分かる資料：お薬手帳、薬剤情報提供書の写し等

- ② 肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）の交付申請に係る診断書（様式第4号の9） 同封

- ③ 治療内容（服用薬）が分かる資料により申請する様式（別紙様式2） 同封

【添付書類】

- 治療内容が分かる資料：お薬手帳、薬剤情報提供書の写し等

※ 「診断書」及び「検査内容及び治療内容が分かる資料」は審査認定以降2回目までは提出を省略できます（受給者証の有効期間欄に記載あり）

- 3 医療保険の資格情報が確認できる書類 ※下記①～④のいずれか
- ①健康保険証の写し ②資格情報のお知らせの写し
③マイナポータル資格情報の画面を印刷したもの ④資格確認書の写し

- 4 世帯全員の住民票（続柄が明記されているもの）
- *今回初めての更新申請をする方で、新規申請時に提出したものが更新申請日の3か月以内に発行したもので、修正申告がない場合は不要です。

- 5 世帯全員の市町村民税（所得割）課税年額を証明する書類
- *義務教育期間（中学生まで）の方については不要です。
*今回初めての更新申請をする方で、新規申請時に令和7年度（令和6年分）を提出し、修正申告がない場合は不要です。

- 6 受給者証の写し

Ⅱ 以下は、（1）または（2）に該当する方のみご提出ください

（1）世帯に0～18歳がいる場合

- 7 扶養する家族確認のお願い（別紙様式3） 同封

（2）所得課税証明書の市民税の所得割額の世帯の合算が23万5千円以上の場合

*申請者との関係が次のア～ウすべてに該当する世帯員は、合算対象から除外可能です。

- ア．配偶者以外
イ．地方税法上、申請者及びその配偶者と相互に扶養関係のない者
ウ．医療保険上、申請者及びその配偶者と相互に扶養関係のない者

- 8 市町村民税合算対象除外希望申請書（様式第8号の2） 同封

- 9 申請者及びその配偶者、除外対象者について市町村民税（所得割）課税年額を証明する書類
- *5において提出している場合は不要です。
*扶養控除関係が記載されていることが必要です。

- 10 申請者及びその配偶者、除外対象者が加入する健康保険の被扶養者を証明する書類
- *申請者、配偶者、除外対象者全員の被保険者証等の写しです。