

【更新に必要な診断書について】

1 お手元の受給者証の【有効期間の太枠部分】をご確認ください。

㊦ 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	〒●●●-●●●● ●●●●●●●●							
	氏名	●● ●●							
	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7年12月1日から令和8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		富山県知事							
交付年月日		令和7年10月1日							

㊦ 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	〒●●●-●●●● ●●●●●●●●							
	氏名	●● ●●							
	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7年12月1日から令和8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		富山県知事							
交付年月日		令和7年10月1日							

*** 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。**

- ☐ (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】

- ☐ ①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
- ☐ ②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

<注意事項>

※(1)の書類及び添付書類の提出が難しい場合は、下記(2)の書類を提出ください。

*** 診断書の提出は不要ですが、治療を継続していることがわかる下記の書類の提出が必要です。**

- ☐ (1) 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】

- ☐ ①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 上記書類に併せて 別紙2【更新に必要な書類】をご確認ください。