

## B형·C형 간염 환자 의료 급부를 신청하는 분에게

신청에 대해서는 인터페론 치료 및 핵산 아날로그 제재 치료의 효과·부작용 등에 대해 설명을 받고 치료를 받는 것에 동의 할 필요가 있습니다.

신청하실 때는 보건소에 문의하여

### <신청에 필요한 것>

#### 1 B형·C형 간염 환자 의료 급부 사업 신청서

※ 1 기입에 대해서는 이면대로입니다.

인터페론 치료 및 핵산 아날로그 제재에는 부작용이 동반되는 것으로서 인터페론 치료 및 핵산 아날로그 제재 치료의 효과·부작용 등에 대해 설명을 듣고 치료를 받는 것에 동의 한 다음 신청해 주시기 바랍니다.

#### 2 진단서(현이 정한 양식)

※ 신청일부터 3개월 이내 전에 기입한 것을 제출하여 주시기 바랍니다.

※ 진단서는 지사가 따로 정하는 「의료 기관(이하 「지정 의료 기관」이라고 한다.)의 간장 전문의등이 기재한것만 유효가 됩니다.그 이외의 의료 기관등에서 기재한 것은 받아들일 수 없습니다.

「지정 의료 기관」은 전문적인 지식을 가진 의사(일본 간장 학회의 전문의등)를 배치해 진단과 치료 방침의 결정을 실시할 수 있는 의료 기관으로서 지사가 지정합니다.

#### 3 주민표(사본도 가능) (3개월 이내로 발행한 것)

※ 신청자 및 신청자와 동일한 세대에 속하는 모든 분에 대해 기재된 주민표.

#### 4 시구읍면세의 과세 연액을 증명하는 서류(사본도 가능)

※ 신청자 및 신청자와 동일한 세대에 속하는 모든 분의 지방 세법(소화 25년 법률 제 226호)의 규정에 의한 시구읍면세의 과세 연액(소득비율)을 증명하는 서류로서 부양공제관계를 알 수 있는 것.(사본 가능) 가능) 덧붙여 세액 증명에 대해서는 신청 시기에 따라 취득할 수 있는 최근의 것으로 괜찮습니다.

〔 시구읍면세의 과세 연액 증명서는 원칙으로서 7월 1일(많은 시구군은 6월중)부터 각각 해당 연도분(전년분)가 발행됩니다. 〕

#### 5 건강 보험증 인감도 함께 가져와주시기 바랍니다.

○ 의료 급부에서는 이면대로 세대의 소득 상황에 따라 자기 부담액이 다릅니다.

○ 아이치현에서는 제출된 신청서등에 의거하여 의료 급부의 적부에 대해 심사하며 적당이라고 인정되는 경우에 수급자표를 1개월에서 2개월 후에 교부합니다. 다만 의료 급부의 인정상, 진단 내용등에 대해서 재차 조회하는 경우가 있기 때문에 교부까지 시간이 걸리는 경우가 있습니다.

○ 덧붙여 수급자표가 교부 될 때까지 지불한 인터페론 치료 및 핵산 아날로그 제재 치료에 드는 의료비의 공비 부담분에 대해서는 수급자표의 교부시에 청구서를 송부하기 때문에 의료 기관·조제 약국에서 증명을 받아 주시기 바랍니다. 청구서 수리 후, 다음달 말에 지정의 계좌에 불입되어 집니다.

또한 수급자가 입원했던 경우 등은 고액 요양비의 수속이 필요하기 때문에 보험자(건강보험조합, 공제조합, 사회보험사무소 또는 시구군 국민건강보험과 등)에 문의하여 주시기 바랍니다.

다만, 수급자표가 교부될 때까지(상환 지불의 기간)의 의료비에 대해서는 고액 요양비를 일률 일반의 세대로서 계산하기 때문에 고액 요양비의 세대가 고액 소득에 해당하는 경우에는 자기 부담 한도액을 넘는 부담이 생기는 경우가 있습니다. 자세한 것은 문의하여 주시기 바랍니다.

(신청처 및 문의처 ○○보건소 총무 기획과 총무·기획 TEL 0000-00-0000)

## 자기 부담액에 대해

자기 부담액은 세대의 소득 상황에 따르고 아래의 표대로됩니다.

(헤이세이 24년 4월 1일 현재)

계 층 구 분	자기 부담 한도액(월액)
갑 세대의 시구군민세(소득비율) 과세 연액이 235,000엔 이상의 경우	20,000엔
을 세대의 시구군민세(소득비율) 과세 연액이 235,000엔 미만의 경우	10,000엔

## 신청서 기입 에 해당하는 주의 사항

- 1 신청자가 기입해 주세요. 다만,※※※※의 개소는 기입하지 말아 주세요.
- 2 (신규·갱신) 및(인터페론 치료·핵산 아날로그 제제 치료)에 해당하는 분을 ○로 체크해 주세요.
- 3 칸안에는, 가타카나, 숫자, 영문자(알파벳),으로 기입해 주세요. 다만, 탁점, 반탁점등의 부호는, 한칸 사용해 주세요. 레 プラザ→ 

フ	ラ	サ
---	---	---
- 4 「이름」의 란은, 성과 이름의 사이에 한칸 비워 주세요.
- 5 「치료(신청) 내용」의 란은 인터페론 치료(신규·2번째) 혹은 핵산 아날로그 제제 치료(신규·갱신)의 제외를 기입해 주세요.
- 6 「병명등은 인터페론 치료(B형 만성 간염·C형 만성 간염·C형 대상성 간경변) 혹은 핵산 아날로그 제제 치료(B형 만성 간염·B형 대상성 간경변·B형비대상성 간경변)의 제외를 기입해 주세요.
- 7 「전화 번호」의 란은, 시의 국번, 국번, 번호의 사이에「-」(붙임표)를 넣어 주세요.
- 8 「대상자와의 관계」의 란은, 신청자가 대상자(환자)의 무었에 해당하는지를 기입해 주세요. 다만, 

33	34
----	----

의 란에는, 코드표「1 대상자와의 관계」속에서 해당하는 것의 번호를 기입해 주세요.
- 9 「생년월일」및「성별」의 란은, 해당하는 숫자를 ○로 체크해 주세요.
- 10 「직업」의 란은, 현재 하고 있는 일을 구체적으로 기입해 주세요. 다만, 

256	257
-----	-----

의 란에는, 코드표「2 직업」속에서 해당하는 것의 번호를 기입해 주세요.
- 11 「주소」의 란의 후리가나는, 시구군, 대자, 글자등의 구별로 한칸 비워 주세요.
- 12 「보험 중별」의 란은, 해당하는 숫자를 ○로 체크해 주세요.  
「정」은, 정부관장 건강보험, 「조」는, 조합관장 건강보험, 「퇴」는, 퇴직자 의료, 「선」은, 선원 보험, 「공」은, 국가 공무원 공제 조합, 지방공무원등 공제 조합 및 사립학교 교직원공제조합, 「국」은, 국민 건강, 「후기 고령」은, 후기 고령자 의료의 약어입니다.  
다만, 1정, 2조, 4선 및 5공의 본인(피보험자)에 있어서는, 「7 건강보험 본인」을, 3퇴의 본인(피보험자)에 있어서는 「8 퇴보본인」을, ○로 체크해 주세요.
- 13 보험자 코드 번호 및 기호 번호는, 건강 보험중에 기재되어 있는 번호를 기입해 주세요.
- 14 의료 기관 코드 번호는, 의료 기관에 확인 후, 기입해 주세요.
- 15 계층 구분은, 상기「자기 부담액에 대해」의 표대로입니다. 세대의 시구군민세를 확인할 수 있는 서류에 의해, 계층 구분을 확인 후, 해당의 알파벳을 ○로 체크해 주세요. 다만, 

293
-----

의 란에는, 세대 전원이 비과세인지 아닌지, 및 제외 요건의 유무에 따르고, 1에서 4까지의 숫자를 기입해 주세요.  
세대 속에 제외 요건에 해당하는 분이 있을 경우에는, 이면의「신고란」에 필요 사항을 기입·날인 해 주세요.

### 코드표

#### 1 대상자와의 관계

01 본인	02 아버지	03 어머니	04 남편	05 부인	06 장남	07 장녀
08 차남 이하	09 차녀 이하	10 형/오빠	11 동생(남)	12 누나/언니	13 동생(여)	14 그 외

#### 2 직 업

01 농업	02 임업·수렵업	03 어업·수산·양식업	04 광업	05 건설업	06 제조업
07 도매업·소매업	08 금융·보험업	09 부동산업	10 운수·통신업		
11 전기·가스·수도열공급업	12 서비스업	13 자유업	14 학생	15 무직	16 그 외