

B型・C型肝炎患者医療給付を申請される方へ

申請にあたっては、インターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意する必要があります。

申請の際は、保健所にお問合せください。

<申請に必要なもの>

1 B型・C型肝炎患者医療給付事業申請書

※1 記入については、裏面のとおりです。

インターフェロン治療及び核酸アナログ製剤には副作用を伴うものであり、インターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることを同意した上で、申請してください。

2 診断書（県が定めた様式）

※ 申請日から3ヶ月以内に記入されたものを提出してください。

※ 診断書は知事が別に定める「医療機関（以下「指定医療機関」という。）の肝臓専門医等が記載したもののみ有効となります。それ以外の医療機関等で記載されたものは、受け付けることができません。

「指定医療機関」は、専門的な知識を持つ医師（日本肝臓学会の専門医等）を配置し、診断と治療方針の決定を行うことのできる医療機関として、知事が指定します。

3 住民票（写しも可）（3ヶ月以内発行のもの）

※ 申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載された住民票。

4 市町村民税の課税年額を証明する書類（写しも可）

※ 申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税の課税年額（所得割）を証明する書類で、扶養控除関係がわかるもの。（写しも可）

なお、税額証明については、申請時期に応じて取得できる直近のものでかまいません。

〔 市町村民税の課税年額証明書は、原則として7月1日（多くの市町村は6月中）から、それぞれ
該当年度分（前年分）が発行されます。 〕

5 健康保険証・印鑑も一緒にお持ちください。

- この医療給付では、裏面のとおり、世帯の所得状況に応じて自己負担額が異なります。
- 愛知県では、提出された申請書等に基づき、医療の給付の適否について審査し、適当と認められる場合に、受給者票を1ヶ月から2ヶ月後に交付します。ただし、医療給付の認定上、診断内容等について、改めて照会することがあるため、交付までに時間がかかる場合があります。
- なお、受給者票が交付されるまでに支払ったインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療にかかる医療費の公費負担分については、受給者票の交付時に請求書を送付しますので、医療機関・調剤薬局で証明を受けてください。請求書受理後、翌月末にご指定の口座に振り込まれます。

また、受給者が入院していた場合等は、高額療養費の手続きが必要となりますので、保険者（健康保険組合、共済組合、社会保険事務所または市町村国民健康保険課等）にお問い合わせください。

ただし、受給者票が交付されるまで（償還払いの期間）の医療費については、高額療養費を一律一般の世帯として計算しますので、高額療養費の世帯が高額所得に該当する場合には、自己負担限度額を超える負担が生じることがあります。詳細はお問い合わせください。

（申請先及びお問い合わせ先 ○○保健所 TEL 0000-00-0000）

自己負担額について

自己負担額は世帯の所得状況に応じ、下表のとおりとなります。

(平成24年4月1日現在)

階層区分	自己負担限度額(月額)
甲 世帯の市町村民税(所得割)課税年額が 235,000円以上の場合	20,000円
乙 世帯の市町村民税(所得割)課税年額が 235,000円未満の場合	10,000円

申請書記入にあたっての注意事項

- 申請者が記入してください。ただし、※及び※※の箇所は記入しないでください。
- (新規・更新)及び(インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療)の該当する方を○で囲んでください。
- マスの中には、カタカナ、数字、英字(アルファベット)、で記入してください。ただし、濁点、半濁点等の符号は、1マス使ってください。例 プラザ→

フ	ラ	サ
---	---	---
- 「氏名」の欄は、姓と名の間に1マス空けてください。
- 「治療(申請)内容」の欄はインターフェロン治療(新規・2回目)もしくは核酸アナログ製剤治療(新規・更新)の別を記入してください。
- 「病名等はインターフェロン治療(B型慢性肝炎・C型慢性肝炎・C型代償性肝硬変)もしくは核酸アナログ製剤治療(B型慢性肝炎・B型代償性肝硬変・B型非代償性肝硬変)の別を記入してください。
- 「電話番号」の欄は、市外局番、局番、番号の間に「-」(ハイフン)を入れてください。
- 「対象者との続柄」の欄は、申請者が対象者(患者)の何にあたるかを記入してください。
なお、

33	34
----	----

の欄には、コード表「1 対象者との続柄」のなかで該当するものの番号を記入してください。
- 「生年月日」及び「性別」の欄は、該当する数字を○で囲んでください。
- 「職業」の欄は、現在就いている仕事を具体的に記入してください。
なお、

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

の欄には、コード表「2 職業」のなかで該当するものの番号を記入してください。
- 「住所」の欄のフリガナは、市町村、大字、字等の区別に1マス空けてください。
- 「保険種別」の欄は、該当する数字を○で囲んでください。
「政」は、政府管掌健康保険、「組」は、組合管掌健康保険、「退」は、退職者医療、「船」は、船員保険、「共」は、国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合及び私立学校教職員共済組合、「国」は、国民健康、「後期高齢」は、後期高齢者医療の略です。
ただし、1政、2組、4船及び5共の本人(被保険者)にあつては、「7 健保本人」を、3退の本人(被保険者)にあつては「8 退保本人」を、○で囲んでください。
- 保険者コード番号及び記号番号は、健康保険証に記載されている番号を記入してください。
- 医療機関コード番号は、医療機関に確認の上、記入してください。
- 階層区分は、上記「自己負担額について」の表のとおりです。世帯の市町村民税を確認できる書類により、階層区分を確認の上、該当のアルファベットを○で囲んでください。なお、

293

の欄には、世帯全員が非課税かどうか、及び除外要件の有無に応じて、1から4までの数字を記入してください。
世帯のなかに除外要件に該当する方がいる場合には、裏面の「申告欄」に必要事項を記入・押印してください。

コード表

1 対象者との続柄

01 本人	02 父	03 母	04 夫	05 妻	06 長男	07 長女
08 次男以下	09 次女以下	10 兄	11 弟	12 姉	13 妹	14 その他

2 職業

01 農業	02 林業・狩猟業	03 漁業・水産・養殖業	04 鉱業	05 建設業	06 製造業
07 卸売業・小売業	08 金融・保険業	09 不動産業	10 運輸・通信業		
11 電気・ガス・水道熱供給業	12 サービス業	13 自由業	14 学生	15 無職	16 その他