

**B型・C型ウイルス肝炎治療医療費助成申請書**

(新規・他県転入・その他)

治療名	1 インターフェロン治療(3剤併用療法以外)		2 核酸アナログ製剤治療 (新規・更新)								
	疾病名	1 B型ウイルス肝炎 慢性肝炎	2 C型ウイルス肝炎 慢性肝炎・代償性肝硬変	B型ウイルス肝炎 慢性肝炎・代償性肝硬変・非代償性肝硬変							
治療名	3 3剤併用療法			4 インターフェロンフリー治療(C型ウイルス肝炎)							
	疾病名	C型ウイルス肝炎			慢性肝炎・代償性肝硬変・非代償性肝硬変						
患者	フリガナ				性別	男	生年	T・S・H			
	氏名	姓			名			性別	女	月日	年 月 日 (満 歳)
	住所	郵便番号	-	電話番号							
		東京都			区町						
		市村			丁目			番 号			
		(マンション名等)									
					号			様方			
保険等	種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・後期高齢(退職被保険者)						本人・家族			
	記号	番号			保険者番号						
	後期高齢者医療被保険者証又は高齢受給者証を所持している場合の負担割合							1割・2割・3割			
本助成制度利用歴		1 あり			2 なし						
世帯員全員の区市町村民税の課税状況を証明する書類の提出		1 あり 2 なし(月額自己負担限度額が最高額となることを承諾したうえで、添付を省略します。)									

医療券の送付先が患者と異なる場合は下欄に記入してください。

申請者	1 患者の氏名と同じ場合は数字に を付け、異なる場合は下欄に記入してください。											
	フリガナ											
	氏名	姓			名							
申請者	2 患者の住所・電話番号と同じ場合は数字に を付け、異なる場合は下欄に記入してください。											
	住所	郵便番号	-	電話番号								
			都府			区町						
		道県			市村			丁目			番 号	
		(マンション名等)										
					号			様方				

私は当該治療の効果・副作用等について説明を受け、治療することに同意し、また、本申請に基づく治療の結果等の情報が、個人を特定されない形式に処理された上で、国及び都の肝炎対策推進のために活用されること並びに他道府県に転居する場合には、申請時の情報が転居先道府県に引き継がれることに同意した上で、ウイルス肝炎治療医療費助成制度を申請します。

年 月 日

申請者氏名

東京都知事 殿

申請受付 年 月 日	年 月 日	収受印欄	
---------------	-------	------	--

(注) 1 申請日前3か月以内に発行された 診断書(都指定のもの)及び 住民票の写し(世帯全員分のもの)と 健康保険証の写し 区市町村民税の課税状況が証明できる書類(区市町村民税課税証明書、区市町村民税非課税証明書、区市町村民税決定通知書、後期高齢者医療または高齢受給者証の限度額適用・標準負担額減額認定証、限度額適用認定証(適用区分が「オ」のものに限る。)) 区市町村民税納税通知書。満20歳未満の方を除く(世帯全員分)を添付してください。  
2 世帯の課税額合算対象からの除外を希望する方がいる場合(配偶者は控除できません)は、上記1の書類に加えて 区市町村民税合算対象除外申請書と 患者及び満20歳未満の方を除く世帯全員分の健康保険証の写しを添付してください。