

令和4年7月8日

富山県医師会長
各郡市医師会長
富山県薬剤師会長

殿

富山県厚生部健康対策室長
(公 印 省 略)

令和4年度肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）更新申請について

平素から、本県の肝炎対策にご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

今般、令和4年度における肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）更新申請について、取り扱いを別紙のとおりとし、対象者へ7月上旬より案内を送付したところ
です。

つきましては、貴会会員に診断書等の書類の作成についてご協力をいただきたく、
周知の程、よろしくお願いいたします。

記

1 更新申請期間 令和4年8月8日（月）～10月14日（金）

事務担当

健康課がん対策推進班 小村

TEL 076-444-3224

令和4年度 肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）の更新申請について

（１）更新対象者

有効期間が令和4年11月30日までの『肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）』をお持ちの方で、引き続き医療費助成を受けようとする方

（２）更新案内

7月上旬頃より対象者あてに更新の案内を郵送します。

治療内容に関する各種様式は富山県厚生部健康対策室健康課ホームページよりダウンロードできます。

（３）更新申請手続き

対象者が、下記の必要書類を揃え、申請窓口にて8月8日(月)～10月14日(金)までに申請することとなります。

《必要書類》

① 肝炎治療受給者証交付申請書(様式第3号)

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)

③ 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)

* 検査結果報告書及び画像診断レポート、お薬手帳の写し、薬剤情報提供書の写し等

④ 治療内容(服用薬)が分かる資料(別紙様式2)

* お薬手帳の写し、薬剤情報提供書の写し等を添付。

⑤ 健康保険証の写し

⑥ 世帯全員の住民票

⑦ 世帯全員の市町村民税(所得割)課税年額を証明する書類

⑧ 受給者証の写し

②～④の
いずれか

（４）問合せ及び申請窓口

ご質問やお問い合わせ等ございましたら、下記までご連絡ください。

管轄市町村	受付窓口	電話番号
黒部市・入善町・朝日町	新川厚生センター	0765-52-2647
魚津市	新川厚生センター魚津支所	0765-24-0359
滑川市・舟橋村・上市町・立山町	中部厚生センター	076-472-0637
高岡市	高岡厚生センター	0766-26-8414
射水市	高岡厚生センター射水支所	0766-56-2666
氷見市	高岡厚生センター氷見支所	0766-74-1780
砺波市・南砺市	砺波厚生センター	0763-22-3512
小矢部市	砺波厚生センター小矢部支所	0766-67-1070
富山市	富山市保健所保健予防課	076-428-1152

(参考)

【更新に必要な書類】 □にチェックを入れてご確認ください。

1 全員の方が提出を必要とする書類

☐ 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	
住所	〒 ●●●-●●●● ●●●●●●●●
氏名	●● ●●
生年月日	●●年●●月●●日 性別 ●
疾病名	B型慢性肝疾患
保険医療機関又は 保険薬局の名称	(保険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3年12月1日から令和4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 知事
交付年月日	令和3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	
住所	〒 ●●●-●●●● ●●●●●●●●
氏名	●● ●●
生年月日	●●年●●月●●日 性別 ●
疾病名	B型慢性肝疾患
保険医療機関又は 保険薬局の名称	(保険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3年12月1日から令和4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 知事
交付年月日	令和3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 申請者本人の健康保険証の写し

☐ 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4年度（令和3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、除外対象者全員の健康保険証の写しです。