|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （表面）　　　　　ウイルス肝炎医療費受給者証　記載事項等変更届 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受　　給　　者 | 受給者番号 |  |  | |  |  |  |  |  | 有効期間 | | | 年　　　月　　　日から  　　　　年　　　月　　　日まで | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| 氏　　　名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 変　更　事　項  (該当するものに○) | | | | 変　　更　　前 | | | | | | | | 変　　更　　後 | | | 変 更 年 月 日 |
| １ 氏名の変更 | | | |  | | | | | | |  | | | | 年　　月　　日 |
| ２ 住所の変更 | | | |  | | | | | | |  | | | | 年　　月　　日 |
| ３ 加入医療保険の変更 | | | |  | | | | | | |  | | | | 年　　月　　日 |
| ４ 患者一部負担の月額  限度額の変更 | | | |  | | | | | | |  | | | | 年　　月　　日 |
| ５ その他(　　　　　　　) | | | |  | | | | | | |  | | | | 年　　月　　日 |
| 上記のとおりウイルス肝炎医療費受給者証の記載事項等に変更が生じたので届け出ます。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　住　所　（〒　　　　－　　　　　）  　　　　　届出者 | | | | | | | | | | | | | | | |
| （電話　　　　－　　　－　　　　　　）  　　　　　　　　　　　氏　名  　　　　　　　　　　　　　受給者との続柄（　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　保健所長　様 | | | | | | | | | | | | | | 管轄保健所収受印欄 | |
|  | |

（注）１　氏名及び住所の変更の場合は、受給者証及び受給者の住民票を添付してください。

H26.10

　　　２　加入医療保険の変更の場合は、変更後の保険証の写しを添付してください。

　　　３　患者一部負担の月額限度額の変更の場合は、必要な添付書類を保健所に確認してください。

４　受給者証の交付を受けた後、抗ウイルス療法を追加又は治療切替えの申請をする場合は、受給者と同一の医療保険に加入している世帯全員の市町村民税課税年額を確認することのできる書類、ウイルス肝炎医療費給付受給者証更新（変更）申請用診断書又はウイルス肝炎医療費給付受給者証（インターフェロンフリー治療）の交付申請・変更届に係る診断書を添付するほか、この書類の裏面の世帯調書を記入してください。

（裏面）　世　帯　調　書　※抗ウイルス療法に係る所得階層区分決定に使用します。

***抗ウイルス療法を追加で申請する方は、***太枠の中を記入し、必要な証明書類（注）を添付してください。「世帯からの除外申請」欄は、受給者の方が国民健康保険又は後期高齢者医療の被保険者の場合で、（注）３又は４の※２に該当する場合のみ記入してください。

（保　健　所　記　入　欄）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **世帯員氏名** | **続柄** | **被保険者・被扶養者の別** | **満年齢** | **職　　業** | **世帯からの除外申請**(除外を申請する世帯員に○をする) | **証明**  **書類**  **の**  **添付** | **世　帯**  **からの**  **除　外の適否** | **加入医療保険** |
| **１　職域保険**  **２　地域保険** |
| **市町村民税（所得割）**  **課税年額（　　年度）** |
|  | 本人 | 被保  被扶 |  |  |  | 有  無 |  | 円 |
|  |  | 被保  被扶 |  |  |  | 有  無 |  | 円 |
|  |  | 被保  被扶 |  |  |  | 有  無 |  | 円 |
|  |  | 被保  被扶 |  |  |  | 有  無 |  | 円 |
|  |  | 被保  被扶 |  |  |  | 有  無 |  | 円 |
|  |  | 被保  被扶 |  |  |  | 有  無 |  | 円 |
| **合　　計** | | | | | | |  | **円** |

(注)１「世帯員氏名」欄には、患者様と同一の医療保険（国民健康保険、健康保険、後期高齢者医療など）に加入している方を記載してください。

２ 受給者の方が健康保険など国民健康保険・後期高齢者医療以外（職域保険）の場合の証明書類

被保険者本人分の市町村民税課税証明書（非課税の場合は、非課税証明書）

３ 受給者の方が国民健康保険の場合の証明書類

国民健康保険の被保険者全員分の市町村民税課税証明書（非課税の場合は、非課税証明書）

（※１ 乳幼児や義務教育就業中の被保険者については不要です。）

（※２ 患者様の配偶者**以外**であって、患者様及びその配偶者の方と地方税法上扶養・被扶養関係にない被保険者は、世帯からの除外申請をすることができますが、証明書類の提出は必要です。）

４ 受給者の方が後期高齢者医療の場合の証明書類

後期高齢者医療の被保険者全員分の市町村民税課税証明書（非課税の場合は、非課税証明書）

　　　（※２ 患者様の配偶者**以外**であって、患者様及びその配偶者の方と地方税法上扶養・被扶養関係にない被保険者は、世帯からの除外申請をすることができますが、証明書類の提出は必要です。）

（例）家族構成：*患者（妻）=健康保険（被扶養者） 夫=健康保険（被保険者） 子=健康保険（被扶養者）*

*父=国保（被保険者）*の場合

同一の医療保険に加入している世帯員は患者、夫、子の３人となります。患者様が加入している

医療保険は健康保険なので、被保険者である夫の市町村民税（所得割）課税年額により所得階層が

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **世帯員氏名** | **続柄** | **被保険者・被扶養者の別** | **満年齢** | **職業** | **証明書類の添付** |
| 長野　花子 | 本人 | 被保  被扶 | ３５ | パート | 有　・　無 |
| 長野　太郎 | 夫 | 被保  被扶 | ３５ | 会社員 | 有　・　無 |
| 長野　県子 | 長女 | 被保  被扶 | １ | なし | 有　・　無 |

決定されますので、夫の市町村民税課税証明書を提出する必要があります。