

(表)

特定疾患（血清肝炎・肝硬変）医療給付事業申請書（新規・継続・変更）

年 月 日

愛知県知事 殿

申請者 氏名

次のとおり特定疾患（血清肝炎・肝硬変）医療給付事業について、愛知県特定疾患医療給付事業実施要領第7の2・4の規
 定により関係書類を添えて申請します。 第13の4

受給者番号（変更の申請をする場合に限る。）															
患 者	フリガナ												病名	疾病コード	
	氏名	(姓)					(名)								
	生年月日			年		月		日		年齢		歳			
	郵便番号	〒	-				電話番号								
	居住地														

申請者（保護者が申請 をする場合に限る。）	フリガナ												
	氏名	(姓)					(名)						患者との 続柄
	郵便番号	〒	-				電話番号						
	居住地												

受付欄 （保健所記入）	階層区分 (該当階層にチェック)	保健所受付印	経由印	本庁受付印
	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位所得			

保健所チェック欄（レ点チェック、審査用添付資料は該当するものに○）

診断書	審査用添付資料	住民票	保険証	税証明	該当者のみ					介護 保険証		
<input type="checkbox"/>	フィルム・CD・コピー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>		

(裏)

患者加入医療保険

患者の加入医療保険	保険種別 (該当するものをチェック)	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 上記以外			被保険者証の 記号及び番号	(記号)	(番号)	
	被保険者	フリガナ						患者との 続柄
		氏名	(姓)			(名)		
	保険者コード番号 (右詰めで記入してください。)					保険者名称		
介護保険認定	<input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 無			利用している 介護サービス				

支給認定基準世帯員

氏名	患者との 続柄	生年月日	医療保険の種別 (該当するものをチェック)	医療保険の種別が、国民健康保険 又は後期高齢者医療以外の場合 本人・被扶養者の別
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者

受託医療機関

名称	所在地

- 備考 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。
- 2 変更の申請をする場合は、患者の氏名、居住地及び電話番号、受給者番号及び変更の必要が生じた事項並びに患者の保護者が申請をする場合にあっては、当該保護者の氏名、居住地、電話番号及び当該患者との続柄を記入すること。