

肝炎治療受給者証の更新手続きを行う方へ

様式第4号

肝		肝炎治療受給者証							
(3剤併用療法を除くインターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療) (プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法・インターフェロンフリー治療)									
公費負担番号	3	8	4	7	6	0	1	6	
公費負担医療 の受給者番号									
受給者	居住地								
	氏名								
	生年月日					性別			
疾病名		対象者							
又は 保険医療機関 又は 保険薬局	所在地	下枠の期間が「令和2年3月1日							
	名称	(平成32年)							
	所在地	～令和3年2月28日」の者							
	名称								
有効期間		自	平成 令和	年	月	日			
		至	平成 令和	年	月	日			
自己負担上限額							円		
沖縄県知事						沖縄県知事印			
交付年月日									

上記対象者の方は、受給者証の変更手続きが今年度不要となりましたので期限が切れた受給者証をそのままお使いください。期限は自動的に1年間延長されます。