肝炎治療受給者証 更新手続きのご案内

神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課　肝疾患担当

引き続き医療費の助成を受けるには、**受給者証の更新申請の手続きが必要**です。
このご案内をよく読み、必要書類をそろえて、お早めに更新手続きをしてください。

※マイナンバーを利用して添付書類の一部の提出が省略できます。通常の申請より受給者証発行までの時間を要します。（**郵送不可**。窓口で確認作業があります。）詳細は**別添案内**をご覧ください。

目次

1. 受給者証の送付 1
2. 必要書類 2
3. 肝炎治療受給者証交付申請書（記入例） 3
4. 診断書又は診断書以外の書類の提出について 4
5. 市町村民税（所得割）の課税状況調査票（記入例） 5
6. 所得階層区分認定の例外的取扱いについて 6
7. 肝炎治療医療給付に係る申請書の受付先一覧 7

1．受給者証の送付

期限までに申請を行い、月末の肝疾患審査会で認定されると、**有効期限内**に新しい受給者証が普通郵便で届きます。

ご注意ください！　手続期限後に更新申請を行った場合

□新しい受給者証が届くのが、現在の受給者証の有効期限後になることがあります

□受給者証は申請した月の初日から適用となりますが、受給者証が届く前に医療機関を受診した場合、保険割合での自己負担が生じます（後日、払い戻しの手続きが必要）

２．必要書類

更新手続きでは、２通りの書類の提出方法があります。（チェック表）

	診断書を提出	診断書以外の書類を提出	詳細ページ
①　肝炎治療受給者証交付申請書【同封】	□	□	３ページ
②-1 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　【同封】	□	―	４ページ
②-2 治療内容確認表　【同封】	―	□	４ページ
②-3 検査結果の写し	―	□	４ページ
②-4 お薬手帳の写し	―	□	４ページ
③　申請者の加入医療保険のわかる書類　※１	□	□	―
④　世帯全員の住民票　※２	□	□	―
⑤　市町村民税の課税年額を証明する書類　※３	□	□	―
⑥　市町村民税（所得割）の課税状況調査票【同封】	□	□	５ページ
⑦　世帯の市町村民税年額に関する申立書（⑥の裏面）【同封】※４　（２万円に同意する場合）	(□)	(□)	―

※１　次のいずれか：マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」のコピー
　　保険者から交付された「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」のコピー
所得階層区分認定の例外的取扱いをご希望の場合は、申請者の配偶者、除外対象者の加入医療保険のわかる書類も必要です。

※２　・コピー不可　・続柄省略不可　・「世帯全員の住民票の原本と相違ないことを証明する。」と記載のあるもので、申請日以前３か月以内に発行されたもの　・マイナンバーの記載がないもの。
コンビニ交付を利用される方は、交付種別・記載事項を適切に選択してください。

※３　申請者及び申請者と同一の世帯の全ての方のもの・申請時に取得可能な最新で同じ年度のもの。
「市町村民税の課税年額を証明する書類」とは課税（非課税）証明書（コピー不可）や市町村民税の税額決定通知書の写しです（特別徴収税額通知書は不可）。なお、未就労の 18 歳未満の場合は、省略可。

※４　自己負担限度月額が２万円となることに同意される場合は、⑤と⑥に代えて、⑥の裏面「世帯の市町村民税年額に関する申立書」を提出することも可能です。
所得階層区分認定の例外的取扱いを希望される場合は、６ページ「所得階層区分認定の例外的取扱いについて」をご参照ください。

３．肝炎治療受給者証交付申請書（記入例）

※申請書は複写式になっていますので、１枚目のみボールペンで強くご記入ください。

様式第１号

申請番号		申請日		受理日	

本課用

審査会（原則、毎月最終開庁日に開催）で認定されると、受給者証は、審査会の翌月の下旬から末日までに普通郵便で届きます。

受付使用欄 どちらかに○：マイナ／紙

肝炎治療受給者証交付申請書

①
申請日は、保健所等へ提出する日をご記入ください。

1．申請日、有効期間の希望、申請者氏名をご記入ください

申請日　令和8 年 1 月 15 日

神奈川県知事 殿

有効期間　令和8 年 4 月 から希望

治療の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。

申請者氏名　神奈川 太郎

2．今回の申請に際して受ける治療の種類をご記入ください（該当するものに○印）

インターフェロン・（核酸アナログ製剤）・インターフェロンフリー

②
「本医療費助成制度利用の有無」の「あり」に○をして、現在お持ちの受給者証に記載されている受給者番号（４から始まる７桁の数字）をご記入ください。

3．本医療費助成制度利用歴をご記入ください

2 本医療費助成制度利用の有無（該当するものに○印）　（あり）・ なし

※ あり の場合はご利用時の受給者番号をご記入ください

4						

4．受給対象となる患者さんについてご記入ください

※記載事項は省略しないで住民票等の内容に合わせて書いてください

③
フリガナは、姓と名の間にスペースを空けてください。

3 フリガナ	カナガワ タロウ	性別（該当するものに○印）	（男）・ 女
氏名	神奈川 太郎	生年月日	昭和 50 年 1 月 1 日
郵便番号	231 － 8588	電話番号	（045） 210 － 4795
病名（該当するものに○印）	（B型慢性肝炎）　B型代償性肝硬変 C型慢性肝炎　B型非代償性肝硬変 C型代償性肝硬変　C型非代償性肝硬変		
フリガナ	カナガワケン ヨコハマシ ナカク ニホンオオドオリ		
住所	神奈川県 横浜（市・郡） 中（区・町・村） 日本大通 1		省略しないで書いてください

④
現在、加入されている健康保険の内容をご記入ください。
※公的医療保険に加入されていない方は申請できません。

4 5．加入している医療保険についてご記入ください

被保険者氏名	神奈川 太郎	申請者との続柄	（本人）・配偶者・親子・兄弟姉妹・その他（　　）（該当するものに○印）
保険種別	（協会けんぽ）・組合・船員・日雇・後期高齢・共済・国保・退職国保・国保組合・その他（　　）（該当するものに○印）	記号・番号	12345678
保険者名	全国○○協会神奈川支部	保険者番号	987654321

続柄 / 種別 / 階層 / 区分 / 課税年額 / 治療方法

⑤
治療を受ける医療機関のご記入は不要となりました。
（今後交付する受給者証には医療機関名の記載はなく、全国の保険医療機関でご使用いただけます。）

5

〈 受給者証が使用できる医療機関等について 〉

○全国の保険医療機関及び保険薬局でご使用いただけます。

○「訪問看護ステーション」、「介護保険施設」等、保険医療機関ではない施設では使用できません。

（注）助成を受けることができるのは、肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書に記載されている認定基準を満たした場合に限られますので、申請については主治医等とよくご相談ください。

４．診断書又は診断書以外の書類の提出について

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、治療内容確認表、検査結果の写し及びお薬手帳などの写しで手続きができます。

①　診断書を提出する場合

神奈川県又は東京都が指定する肝臓専門医療機関で記載された診断書を提出してください。（文書料は自己負担となります。）


治療内容確認表

現在お持ちの受給者証の交付日以降の
次の2種類の書類を必ず添付してください。

年　月　日

検査内容がわかる書類
（肝炎相談支援センターなどの）
写しを添付してください。

年　月　日

検査項目（必須）

AST

ALT

HBV－DNA

②　診断書以外の書類を提出する場合

次の３点を提出してください。

（1）　治療内容確認表（本通知に同封）

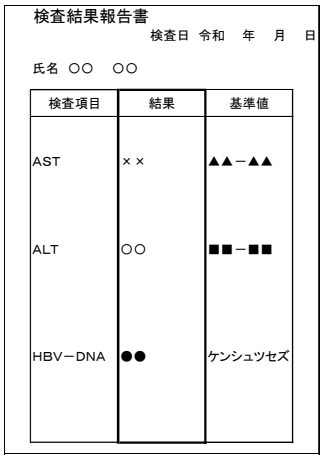
○　必要事項の記入をお願いいたします。

（2）　検査結果通知などの写し

○　現在お持ちの受給者証の交付日以降に行われた次の検査結果が記載されたもの。

【必要な検査項目】（**３つ全て**必要です。）

・ＡＳＴ　・ＡＬＴ　・ＨＢＶ－ＤＮＡ※123


検査結果報告書

検査日 令和　年　月　日

氏名 ○○　○○

検査項目	結果	基準値
AST	××	▲▲－▲▲
ALT	○○	■■－■■
HBV－DNA	●●	ケンシュツセズ

※１　「HBV-DNA」は、「HBV 定量」、「HBV RT-PCR」、「HBV 核酸定量」、「HBV 核酸リアル」などと表記されることもあります。

※２　「HBV-DNA」の検査をしていない場合は、「Ｂ型肝炎ウイルスコア関連抗原（HBcrAg）」の結果でも可。

※３　「HBs 抗原」、「HBe 抗原」や「HBe 抗体」は不可。

（3）　お薬手帳や薬剤情報提供書などの写し


令和　年　月　日

○○　○○　様のお薬について

◆ 服用する前に必ずお読みください。

	薬品名・効能・効果	のみかた	色・形・記号	注意事項
1	パラクルード	1日1回寝る時		主な副作用として、頭痛、下痢、食欲不振、発疹、発熱、不眠症などが報告されています。このような症状に気づいたら、担当の医師、または薬剤師に相談してください
2	・・・	・・・	・・・	・・・

【薬局からのお知らせ】

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

【薬局名】・・・・・

【TEL】・・・・・

【薬剤師名】・・・・

○　現在服用している薬、申請者の名前が記載されたもの

○　処方日が現在お持ちの受給者証の交付日以降のもの

ダウンロードしたお薬手帳の写しを提出される場合、上記３つの記載があることをご確認ください。（複数画面の写しでも可。）

ご注意ください！　**HBV-DNA について**

検査当日に受け取った検査結果報告書では、HBV-DNA の「結果値」が『検査中』『＊＊＊＊』などと記載されている場合があります。**医療機関に相談し、結果値の記載がある報告書の交付を受けてください。**結果値が『未検出』『検出せず』でも問題ありません。なお**「基準値」は健康な人の平均値を示したものであり、検査結果ではありません**のでご注意ください。

５．市町村民税（所得割）の課税状況調査票（記入例）

世帯全員の氏名、続柄、年齢を御記入の上、市町村民税の課税年額を証明する書類の市町村民税（所得割）課税年額を書き写してください。

【横浜市、川崎市または相模原市に住民登録のある方】

市民税・県民税課税証明書が横浜市、川崎市、相模原市より発行される方については、税源移譲前の税率（６％）により算定された所得割額を記載してください。（横浜市は標準税率により計算した参考値の欄に、川崎市は市民税所得割の税源移譲前の欄に、相模原市は市民税所得割の欄の（　）内にそれぞれ記載されています。）

所得階層区分認定の例外的取扱いを希望する場合は、「市町村民税額合算対象除外希望者について」の欄もご記入ください。（詳しくは６ページ）

市町村民税（所得割）の課税状況調査票

※　住民票上、申請者と同一世帯の方すべての市町村民税課税証明書を添付してください。
市町村民課税額合算対象除外希望者も含めたすべての方の課税証明書が必要です。
なお、未就労の１８歳未満の方については、課税証明書を省略することができます。

	氏　　名	続　柄	年　齢	市町村民税（所得割）課税年額					
申請者（受給者）		本　人	55		9	3	0	0	0
申請者（受給者）と同一世帯の方	神奈川　一郎	夫	54	1	0	0	0	0	0
	神奈川　太郎	長男	24		7	5	0	0	0
	神奈川　花子	長男の妻	24		8	6	0	0	0
	横浜　幸三郎	父	85						0
この欄には記入しないでください									

市町村民税額合算対象除外希望者について

下記の者については、申請者との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税制上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税課税額の合算対象から除外することを希望します。

記

令和　○ 年　○ 月　○ 日

除外希望者　氏　名　（フリガナ）　カナガワ　タロウ　神奈川　太郎
（フリガナ）　カナガワ　ハナコ　神奈川　花子

申請者氏名　（フリガナ）　カナガワ　レイコ　神奈川　麗子

６．所得階層区分認定の例外的取扱いについて

申請者本人と住民票上同じ世帯であっても、所得階層認定の課税額合算対象から除くことができる場合があります。

【除外要件】（全ての条件を満たす必要があります。）

（1）　**配偶者以外**であること。配偶者は除外できません。（住民票の続柄を確認します。）

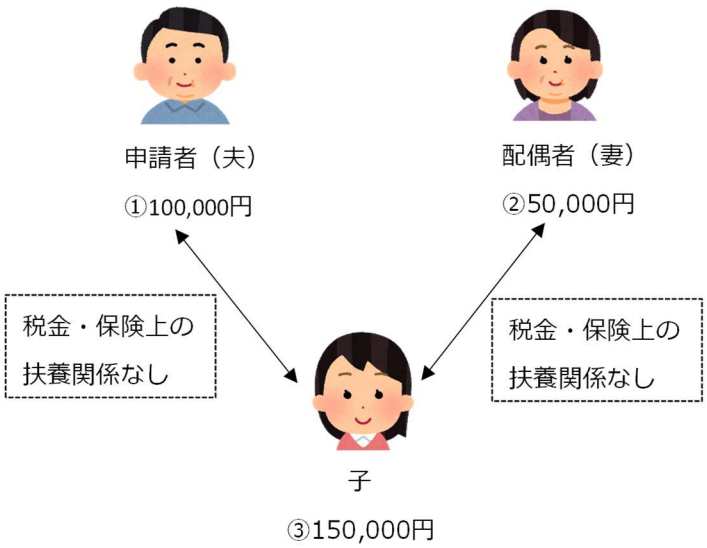
（2）　申請者及びその配偶者が除外対象者と**地方税法上の扶養関係にない**こと。（市町村民税の課税年額を証明する書類を確認します。）

（3）　申請者及びその配偶者が除外対象者と**医療保険上の扶養関係にない**こと。（加入医療保険のわかる書類を確認します。）

（4）　申請者から除外対象とする**申立てがある**こと。（課税状況調査票の「市町村民税額合算対象除外希望者について」の欄を確認します。）

除外要件を確認するため、「２．必要書類」に記載の書類のほか、
申請者の配偶者、除外対象者の「加入医療保険のわかる書類」をご提出ください。
（「加入医療保険のわかる書類」については２ページをご覧ください。）
また、「課税状況調査票」の下段「市町村民税額合算対象除外希望者について」の欄にも、忘れずにご記入ください。（説明は５ページ）

（例）申請者(夫)・配偶者(妻)・子の世帯で、子を除く場合



○　子を除かない場合：市町村民税の所得割額（①＋②＋③）300,000 円

→　月額自己負担限度額は 20,000 円となります。

○　子を除く場合　：市町村民税の所得割額（①＋②）　150,000 円

→　月額自己負担限度額は 10,000 円となります。

７．肝炎治療医療給付に係る申請書の受付先一覧

保健所等名称	住 所	電話番号
鶴見福祉保健センター（区役所）	横浜市鶴見区鶴見中央３－20－１	045-510-1832
神奈川福祉保健センター（区役所）	横浜市神奈川区広台太田町３－８	045-411-7138
西福祉保健センター（区役所）	横浜市西区中央1－５－10	045-320-8439
中福祉保健センター（区役所）	横浜市中区日本大通35	045-224-8332
南福祉保健センター（区役所）	横浜市南区浦舟町２－33	045-341-1185
港南福祉保健センター（区役所）	横浜市港南区港南４－２－10	045-847-8438
保土ケ谷福祉保健センター（区役所）	横浜市保土ケ谷区川辺町２－９	045-334-6344
旭福祉保健センター（区役所）	横浜市旭区鶴ケ峰１－４－12	045-954-6146
磯子福祉保健センター（区役所）	横浜市磯子区磯子３－５－１	045-750-2445
金沢福祉保健センター（区役所）	横浜市金沢区泥亀２－９－１	045-788-7840
港北福祉保健センター（区役所）	横浜市港北区大豆戸町26－１	045-540-2362
緑福祉保健センター（区役所）	横浜市緑区寺山町118	045-930-2357
青葉福祉保健センター（区役所）	横浜市青葉区市ケ尾町31－４	045-978-2438
都筑福祉保健センター（区役所）	横浜市都筑区茅ケ崎中央32－１	045-948-2350
戸塚福祉保健センター（区役所）	横浜市戸塚区戸塚町16－17	045-866-8426
泉福祉保健センター（区役所）	横浜市泉区和泉中央北５－１－１	045-800-2445
栄福祉保健センター（区役所）	横浜市栄区桂町303－19	045-894-6964
瀬谷福祉保健センター（区役所）	横浜市瀬谷区二ツ橋町190	045-367-5744
川崎区役所地域みまもり支援センター衛生課（福祉事務所・保健所支所）	川崎市川崎区東田町８	044-201-3204
幸区役所地域みまもり支援センター衛生課（福祉事務所・保健所支所）	川崎市幸区戸手本町１－11－１	044-556-6682
中原区役所地域みまもり支援センター衛生課（福祉事務所・保健所支所）	川崎市中原区小杉町３－245	044-744-3280
高津区役所地域みまもり支援センター衛生課（福祉事務所・保健所支所）	川崎市高津区下作延２－8－1	044-861-3321
宮前区役所地域みまもり支援センター衛生課（福祉事務所・保健所支所）	川崎市宮前区宮前平２－20－５	044-856-3265
多摩区役所地域みまもり支援センター衛生課（福祉事務所・保健所支所）	川崎市多摩区登戸1775－１	044-935-3310
麻生区役所地域みまもり支援センター衛生課（福祉事務所・保健所支所）	川崎市麻生区万福寺１－５－１	044-965-5163
相模原市保健所　疾病対策課 （ウェルネスさがみはらＢ館４階）	相模原市中央区富士見６－１－１（直接持参する場合）	042-769-7201
	〒252-5277 相模原市中央区中央２－11－15（郵送する場合）	
相模原市保健所（緑保健センター） ※緑保健センター津久井担当は受付不可	相模原市緑区西橋本５－３－21　緑区合同庁舎４階	※書類受付のみ
相模原市保健所（南保健センター）	相模原市南区相模大野６－22－１	
横須賀市保健所	横須賀市西逸見町１－38－11 ウェルシティ市民プラザ内	046-822-4317
藤沢市保健所	藤沢市鵠沼2131－１	0466-50-3593
茅ヶ崎市保健所　（保健予防課）	茅ヶ崎市茅ヶ崎１－８－７	0467-38-3315
平塚保健福祉事務所（保健予防課）	平塚市豊原町６－21	0463-32-0130
秦野センター　（保健予防課）	秦野市曽屋２－９－９ ※令和８年12月７日から　秦野市寿町１－１４ 電話番号は変わりません。	0463-82-1428
鎌倉保健福祉事務所（保健予防課）	鎌倉市由比ガ浜２－16－13	0467-24-3900
三崎センター　（保健予防課）	三浦市三崎町六合32	046-882-6811
小田原保健福祉事務所（保健予防課）	小田原市荻窪350－１	0465-32-8000
足柄上センター　（保健予防課）	足柄上郡開成町吉田島2489－２	0465-83-5111
厚木保健福祉事務所（保健予防課）	厚木市水引２－３－１（県厚木合同庁舎３号館１階）	046-224-1111
大和センター　（保健予防課）	大和市中央１－５－26	046-261-2948
神奈川県　がん・疾病対策課	横浜市中区日本大通１	045-210-4795