

県民健康調査甲状腺検査サポート事業支援金申請書

福島県知事

年 月 日

下記のとおり県民健康調査甲状腺検査サポート事業支援金を申請します。

＜申請者（受診者）＞			
フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名		生年月日	平成 年 月 日
現 住 所	〒		
原発事故当時の住所	〒		
電 話 番 号	() -		
申請者が未成年者の場合は、申請者の法定代理人（保護者・後見人）が以下の項目について記入してください。			
フリガナ		申請者との続柄	父・母 その他 ()
氏 名		性 別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日
現 住 所	〒		
電 話 番 号	() -		
＜振込先＞ 定期預金専用通帳等は不可 (申請者または法定代理人の口座で申請してください。)			
金融機関名		支店・出張所名	支 店 出 張 所
口 座 種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号 (左づめで記入)	
口 座 名 義	フリガナ		

県民健康調査甲状腺検査サポート事業は、甲状腺がん等の実態把握を推進するため、県が実施する県民健康調査甲状腺検査から保険診療に移行した方から甲状腺に係る診療情報の提供を受けたうえで、その医療費等の自己負担額分の全部又は一部について支援するものです。支援に当たっては、県民健康調査甲状腺検査サポート事業の支援金受給要件を確認するとともに、個人情報の保護に十分配慮し、本申請書に添付された診療情報を個人が特定されない形で統計的に処理したうえで、県民健康調査における基礎的な資料として利用させていただきます。以上の趣旨に同意された上で、本申請を行ってください。

裏面を必ずお読みください。→

< 注 意 事 項 >

- 1 診療情報個人票の内容と領収証の内容が対応していることを確認して申請してください。
- 2 高額療養費の支給対象となる方(限度額適用認定証の交付を受けた方除く)は、高額療養費の支給額が決定した後に本請求手続きを行うようにしてください。高額療養費の支給前に本支援金を受給しますと、後日差額分を還付していただく場合があります。
- 3 定期預金専用通帳、競馬専用通帳は指定日に振り込まれない等の場合がありますので、普通預金、当座預金又は総合口座の預金通帳により申請してください。

< 提 出 書 類 >

—必ず提出していただくもの—

- 1 チェックシート
- 2 県民健康調査甲状腺検査サポート事業支援金申請書(別紙様式1)
- 3 診療情報個人票(別紙様式2)
- 4 同意書(別紙様式3-1、3-2(医療機関等照会用))
- 5 「領収証写し」(医療機関が発行したもの)
- 6 「診療明細書写し」(医療機関が発行したもの)
- 7 【薬の処方がある場合】「領収証写し」(薬局が発行したもの)
- 8 【薬の処方がある場合】「調剤明細書写し」(薬局が発行したもの)
- 9 預金通帳の写し(金融機関名、口座種別、口座番号、口座名義が確認できる部分)
- 10 受診者の方の保険証写し
(保険者番号及び被保険者等記号・番号にマスキングを施したもの)

—必要に応じて提出していただくもの—

- ・ 「領収証写し」、「診療明細書写し」、「調剤明細書写し」が提出できない場合
→ 別添様式「療養費証明書」(医療機関、薬局に依頼し発行してもらう。)
- ・ 法定代理人が申請を行う場合
→ 申請者と法定代理人の関係が確認できる書類(例: 戸籍謄本)
(ただし、受診者の方の保険証写しで確認できる場合は提出不要です。)
- ・ 高額療養費が支給された場合
→ 高額療養費の支給額が確認できる書類(例: 支給決定通知書写し)
(ただし、限度額適用認定証を病院窓口に提示されていた方は提出不要です。)