

## 肝炎検査費用請求書 (定期検査) ( 年度 回目)

年 月 日

福島県知事 様

肝炎検査 (定期検査) に要した費用を下記のとおり請求します。

請求金額: \_\_\_\_\_ 円

請求者氏名: \_\_\_\_\_ 印

フリガナ	性 別	生 年 月 日
対象者氏名	男 女	年 月 日生
住 所	〒 _____ ( _____ ) 電話番号 _____	
加入医療 保 険	被保険者 氏 名	請 求 者 との続柄
	保険種別	被保険者証 の記号・番号
振込口座	被保険者証 発行機関名	
	所 在 地	
	フリガナ	
金融機関名	口座名義人	店 舗 名
	口座種別	普通 ・ 当座
省略書類 (シ印)	口座番号	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 以前に定期検査費用の支払いを受けた場合、又は1年以内に肝炎治療特別促進事業で医師の診断書を提出した場合 (慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があった場合は除く。)</li> <li>・ 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業で臨床調査個人票及び同意書を提出した場合</li> <li><input type="checkbox"/> 医師の診断書</li> </ul>	
添付書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 同一年度内で、2回目の申請又は肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付の後本申請を行う際に、以前の申請時と同様の内容の書類である場合</li> <li><input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票の写し</li> <li><input type="checkbox"/> 世帯全員の課税等証明書</li> <li><input type="checkbox"/> 世帯全員の課税等証明書等又は住民税非課税証明書</li> <li><input type="checkbox"/> 市町村民税額合算対象除外希望申請書</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 医療機関の領収書</li> <li><input type="checkbox"/> 診療明細書</li> <li><input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票の写し</li> <li><input type="checkbox"/> 世帯全員の課税等証明書</li> </ul> <p>必要により、市町村民税額合算対象除外希望申請書、寡婦 (夫) 控除のみなし適用に係る誓約書) 又は住民税非課税証明書</p>	
※裏面に続く		

添付書類	<input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> フォローアップ事業参加同意書 (既に県に提出している場合は添付不要) <input type="checkbox"/> 通帳 (金融機関・支店名、口座名義人、口座番号及び口座種別が記載されている部分) の写し
------	---

※ 医療機関の領収書、診療明細書は、いずれも写しでもかまいません。

※ 医療機関によっては、診療明細書や診断書に費用がかかる場合がありますが、その費用は助成対象外となります。

※ 内容審査の上、対象経費と認められた額を支払います。