

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。

また、この申請について、福島県が医療機関に私の診療情報個人票の発行を依頼の上、取得することに同意します。

申請者（受診者） 当てはまる方の□（チェック欄）に✓してください。

フリガナ 氏 名	性 別		男・女
	生 年 月 日		平成 年 月 日
現 住 所	〒		
原発事故当時の 住 所	〒		<input type="checkbox"/> 初めての申請と同じ（記入不要）
電 話 番 号 (日中に連絡可能な電話番号)	<input type="checkbox"/> 前回の申請と同じ (記 入 不 要)	<input type="checkbox"/> 初めての申請・前回と変更あり（記入必要） Tel ()	

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】が以下の項目を記入してください。

フリガナ 氏 名	申請者との続柄		父・母・その他()
	生 年 月 日		年 月 日
現 住 所	〒		
電 話 番 号 (日中に連絡可能な電話番号)	<input type="checkbox"/> 前回の申請と同じ (記 入 不 要)	<input type="checkbox"/> 初めての申請・前回と変更あり（記入必要） Tel ()	

確認事項 当てはまる方の□（チェック欄）に✓してください。

振込先について

初めて申請します。 / 前回から変更があります。 → 全て記入してください。

前回の申請と同じです。 → 以下は記入不要です。

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						

裏面に提出書類の一覧があります。

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について、甲状腺に係る診療情報の提供を受けた上で、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上で、県民健康調査における基礎的な資料として利用します。

以上の趣旨に同意された上で、本申請を行ってください。

注意事項	
1	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。
2	原則、振込口座は申請者本人又は法定代理人名義の普通預金、当座預金又は総合口座に限ります。

この申請書と一緒に提出する書類をご確認の上、該当に○印を付けてください。

必ず提出する書類		○印
1	同意書（別紙様式3）	
	 添付省略 既に提出済のとおり継続して同意するため添付を省略します。	
2	受診者の保険証のコピー（保険者番号、被保険者記号・番号にマスキングを施したもの。）	
3	医療機関が発行した領収証のコピー	
4	医療機関が発行した診療明細書のコピー	

該当する場合に提出する書類		○印
薬の処方がある場合	5 薬局が発行した領収証のコピー	
	6 薬局が発行した調剤明細書のコピー	
初めて申請／変更がある場合	7 預金通帳のコピー ※ 金融機関・支店名、口座種別、口座番号、口座名義が確認できるもの	
上記3～6を紛失等した場合	8 別添様式「療養費証明書」 ※ 医療機関又は薬局に発行を依頼してください。	
申請者(受診者)の法定代理人が申請する場合	9 申請者と法定代理人の関係が確認できる書類 ※ 例 法定代理人【保護者】 → 戸籍抄本 等（続柄でわかるもの） （ただし、受診者の健康保険証のコピーで確認できる場合は提出不要） ※ 例 法定代理人【後見人】 → 登記事項証明書 等	
申請者(受診者)・法定代理人以外に支援金受領を委任する場合	10 申請者(受診者)の委任状 11 預金通帳のコピー（上記7と同じ）	
高額療養費が支給された場合	12 高額療養費の支給額が確認できる書類 例: 支給決定通知書のコピー ※ 病院窓口に限度額適用認定証を提示した場合は提出不要	