

肝炎検査費用請求書 (定期検査) (年度 回目)
(表)

静岡県知事 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。
※検査対象者と請求者 (振込先の口座名義人) が異なる場合は、裏面の委任状に記入してください。

保険診療分検査対象者 請求者

一部負担合計額

	円
--	---

査定合計額

_____ 円

(千 ー)	年 月 日
住 所	
氏 名	
電話番号	ー ー
検査対象者との続柄	

(検査対象者)

ふりがな	性 別	生年月日
対象者氏名	男 ・ 女	年 月 日
住 所	〒 ー 静岡県 電話番号 ー ー	
保険区分	被保険者氏名	
	保険種別	協・組・共・国・後 被保険者証の記号・番号
	保険者名	

(振込先口座)

金融機関名 (該当に○)、支店名	預金種別 (該当に○)、口座番号	口座名義人 (請求者本人)
銀行・信金・信組 農協・労金	普通預金 ・ 当座預金 (総合口座)	カナ
支店		漢字

(省略書類) 省略する場合に、チェックを入れてください。

省略書類	省略できる場合
<input type="checkbox"/> ⑧ 医師の診断書	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等(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。)
<input type="checkbox"/> ⑤ 世帯全員の住民票の写し	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
<input type="checkbox"/> ⑥ 世帯全員の所得課税証明書	
<input type="checkbox"/> ⑦ 市町村民税額合算対象除外希望申請書	
<input type="checkbox"/> ② フォローアップ事業参加同意書の写し	同一年度内で、2回目の申請 (初回精密検査の申請を含む) であつて、以前の申請時と同様の内容の書類である場合
<input type="checkbox"/> ⑨ 振込先の口座番号等が確認できる資料	

(注) 太枠内の該当事項は、全て請求者が記入してください。太枠以外の欄は記入しないでください。

【提出書類一覧】

- ① 肝炎検査費用請求書 (様式第3号の4) 【受付印押印欄】
- ② フォローアップ事業参加同意書の写し (様式第1号又は市町の定める様式)
- ③ 領収書 (医療機関で発行した原本) ③若しくは④を紛失した場合
- ④ 診療明細書 (医療機関で発行した原本) 検査明細書 (様式第4号)
- ⑤ 世帯全員の住民票の写し (3か月以内に交付されたもの・コピーも可)
- ⑥ 世帯全員の所得課税証明書 (直近の年度のもの)
- ⑦ 市町村民税額合算対象除外希望申請書 (除外を希望する場合) (様式第7号)
- ⑧ 定期検査費用の助成に係る医師の診断書 (様式第6号)
- ⑨ 振込先の口座番号等が確認できる資料 (通帳の写し等)

(裏)

委 任 状

私は、以下の者を代理人と定め、下記事項を処理する一切の権限を委任します。

代理人
住 所
氏 名

記

委任事項 (※該当する項目 (請求・受領) を○で囲む)

静岡県肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業
における検査費の (請求 ・ 受領) 事務

年 月 日

(委任者：請求書の検査対象者)

住 所

氏 名