

別紙様式 3

肝炎検査費用請求書（初回精密検査・定期検査）（ 年度 回目）

平成 年 月 日

新潟県知事 様
（保健所経由）

肝炎検査（初回精密検査・定期検査）に要した費用を下記のとおり請求します。

請求者氏名： _____ 印

請求金額： _____ 円

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	協・組・共・国・後		被 保 険 者 証 の 記号・番号				
	被 保 険 者 証 発行機関名							
	所 在 地							
相手方コード								
振込先金融機関名	銀行				支店（ゆうちょ銀行の場合は支店番号）			
口 座 番 号	普通・当座（○で囲む） 口座番号 _____							
（フリガナ） 口 座 名 義 人								
本 助 成 制 度 の 利 用 歴	<input type="checkbox"/> あ り <input type="checkbox"/> な し							
病 歴	<p>該当する診断名、項目にチェック、○をしてください。</p> <input type="checkbox"/> 慢性肝炎（B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる） <input type="checkbox"/> 肝硬変（B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる） <input type="checkbox"/> 肝がん（B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）							
定期検査申請での 省 略 書 類	<p>該当する項目にチェック、○をしてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・以前に初回精密検査又は定期検査費用の支払いを受けた場合 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> フォローアップ事業参加同意書（県・市町村） ・以前に定期検査費用の支払いを受けた場合 <u>又は1年以内に肝炎治療促進事業の申請において医師の診断書を提出した場合</u>（以前支払を受けた時に比べ、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。） <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 医師の診断書 ・同一年度内で、2回目の申請又は肝炎治療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。 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 世帯構成員の住民票の写し <input type="checkbox"/> 世帯構成員の課税等証明書等又は住民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 市町村民税額合算対象除外希望申請書 							

（裏面へ続く）

注1 「世帯構成員」とは、申請者が属する住民票上の世帯のすべての構成員のことをいいます。

- 2 初回精密検査の場合、本請求書に医療機関の領収書、診療明細書及び肝炎ウイルス検査の結果通知書を添付してください。
- 3 定期検査の場合、本請求書に医療機関の領収書、診療明細書、世帯構成員の住民票の写し、世帯構成員の課税等証明書等（必要により市町村民税額合算対象除外希望申請書）又は住民税非課税証明書、及び医師の診断書を添付してください。 なお、表面の要件に該当する場合は、該当書類を省略することができます。
- 4 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、その費用は自己負担となります。
- 5 請求者が記入事項を自署する場合は、請求者の押印は不要です。
- 6 太枠内は、記入しないでください。
- 7 請求者本人と振込先の口座名義人が違う場合は、下記の委任状を記入してください。
- 8 交付決定をした旨の御連絡はいたしません。申請から支払いまで2か月程度を要します。

委 任 状			
		受 任 者(表面請求書の請求者)	
		住 所	
		氏 名	印
私は、上記の者を代理人と定め、新潟県から受領する肝炎検査費用の請求及び受領について、一切の権限を委任します。			
平成 年 月 日			
		委 任 者 (表面請求書の対象者)	
		住 所	
		氏 名	印

注 受任者の印は、委任者の印と異なるものを押印すること。