

肝炎検査費用請求書（定期検査）（ 年度 回目）

年 月 日

(宛先)
埼玉県知事

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。

請求者氏名： _____

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		
	被保険者発行機関名				
	所在地				
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	() <u>(※フリガナを必ずご記載ください。)</u>				
定期検査申請での省略書類 (レ印)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 下記のいずれかに該当する場合 <ul style="list-style-type: none"> ア. 以前に定期検査費用の支払いを受けた場合 イ. 1年以内に肝炎治療特別促進事業の申請において医師の診断書を埼玉県知事へ提出した場合 ウ. 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の申請において臨床調査個人票及び同意書を埼玉県知事へ提出した場合 エ. 県が発行する肝炎患者支援手帳の様式に県が指定した医師が記載することにより、病態等を確認できる場合 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 ・ 同一年度で、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。 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票 <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 <input type="checkbox"/> 市町村民税額合算対象除外希望申請書 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding-left: 10px; margin-top: 5px;"> 市町村民税額合算対象除外希望申請を行う場合 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 申請者及びその配偶者と相互に地方税法上の扶養関係者でないことを証明する書類 <input type="checkbox"/> 申請者及びその配偶者と相互に医療保険上の扶養関係者でないことを証明する書類 </div>				

注1 定期検査の場合の添付書類

- ①医療機関の領収書
- ②診療明細書
- ③診断書（指定様式）又は診断書に代わる様式
- ④世帯全員の住民票（マイナンバー記載なし、申請日以前3か月以内に発行のもの）
- ⑤世帯全員の課税等証明書等又は住民税非課税証明書住民税非課税証明書又は世帯全員の市町村民税の課税年額を証する書類（申請時に取得できる最新のもの）
- ⑥フォローアップ事業参加同意書（コピー可）（定期検査費用の助成を初めて申請する場合）
- ⑦市町村民税額合算対象除外希望申請書（申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者を世帯構成員における市町村民税課税年額の合算対象から除外することを希望する場合）
- ⑧⑦を提出する場合は、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上の扶養関係にないことを証明する書類及び医療保険上の扶養関係にないことを証明する書類
- ⑨振込先口座がわかる書類（預金通帳のコピー等）

なお、表面記載の要件（定期検査申請での省略書類（レ印））に該当する場合は、該当書類を省略することができます。

- 2 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。
- 3 対象者本人と請求者（振込先の口座名義人）が異なる場合は、委任状を添付してください。
- 4 定期検査については、非課税世帯に属する者は、対象となる費用の全額が助成されます。それ以外の者は、病態により対象となる費用のうち2千円又は3千円を差し引いた額が助成されます。