

肝炎検査費用請求書（定期検査）（ 年度 回目）

年 月 日

三重県知事 殿

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： _____

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				
振込口座	フリガナ				
	口座名義				
	金融機関名			店舗名	
	口座種別			口座番号	
省略書類 (レ印)	<ul style="list-style-type: none"> ・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。） <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"/> 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 				

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。

注2 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（別紙様式4）を添付してください。なお、上記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。

注3 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。

注4 対象者本人と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。

注5 内容審査の上、対象費用と認めた額を支払います。申請から支払まで2か月程度かかります。

本助成は、三重県や市町が実施する陽性者のフォローアップに同意していること等が必要です。詳しくは最寄りの保健所にお問い合わせください。