

肝炎検査費用請求書（定期検査）

年 月 日

山梨県知事 殿

肝炎検査（定期検査）に要した費用を次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	〒 ー						
	電話番号 ()						
対象者の 加入医療 保険	被保険者 氏 名			対 象 者 との続柄			
	保険種別	協・組・共・国・後		記号・番号			
	保険者名						
	所 在 地						
振込口座 (請求者名 の口座)	フリガナ						
	口座名義						
	金融機関名				店舗名		
	口座種別	普通・当座		口座番号			
定期検査 申請での 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、もしくは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回目の申請又は山梨県肝炎治療助成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"/> 世帯全員の住民票の写し <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 						

注

- 1 本請求書に医療機関の領収書、診療明細書、世帯全員の住民票の写し、世帯全員の市町村民税（地方税の規定による特別区民税を含む。）課税等証明書（及び必要により市町村民税額合算対象除外希望申請書（様式5））又は世帯全員の住民税非課税証明書及び医師の診断書（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。
- 2 医療機関によっては、診療明細書や診断書の発行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。
- 3 請求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。
- 4 内容審査の上、対象費用と認められた額を支払います。申請から支払まで2か月程度かかります。
- 5 本請求書の提出時には、医療保険の加入が確認できる書類（申請者等が加入する医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」若しくは「資格確認書」又はマイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」等）を提示してください。