

肝炎検査費用申請書 (定期検査) (年度 回目)

年 月 日

栃木県知事 様

肝炎検査 (定期検査) に要した費用を下記のとおり申請します。

申請者氏名: _____

※対象者と申請者が異なる場合は裏面「委任状」も併せて記入してください。

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 () _____				
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			
振込口座	フリガナ 口座名義				
	金融機関名			支店名	
	口座種別	普通・当座		口座番号	
本助成制度の利用歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		受診日	年 月 日	
病態	該当する診断名、項目にチェック、○をしてください。 <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・治療後の経過観察) <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・治療後の経過観察) <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・治療後の経過観察)				
階層区分 (レ印)	<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯に属する <input type="checkbox"/> 市町村民税 (所得割) 課税年額が 235,000 円未満の世帯に属する ※世帯の住民税合算対象除外希望: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 「あり」の場合は、市町村民税額合算対象除外希望申請書 (様式7) を提出してください。				
省略書類 (レ印)	・以前に定期検査費用の支払いを受けた場合又は1年以内に肝炎治療に係る医療費助成事業の申請において栃木県知事に対し医師の診断書を提出した場合 (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。) <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に係る医療費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明する書類等 <input type="checkbox"/> 市町村民税額合算対象除外希望申請書 (様式7) <input type="checkbox"/> 申請者の配偶者及び合算対象除外希望者の保険証の写し				

【添付書類】 (裏面記載)

本申請書に次のものを添えて、住所地を管轄する健康福祉センター又は宇都宮市保健所に提出してください。

支払決定額 _____ 円 (※記入しないでください。)

委 任 状

受任者（申請書の申請者）

住所

氏名

私は、上記の者を代理人と定め、栃木県から受領する肝炎検査費用の申請及び受領について、一切の権限を委任します。

年 月 日

委任者（申請書の対象者）

住所

氏名

【添付書類】

◇定期検査◇

- a 上記検査に係る医療機関の領収書（レシート不可）
- b 診療明細書
- c 医療保険証の写し
- d 預金通帳の口座番号のわかるページの写し
- e 世帯全員の住民票の写し
- f 世帯全員の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明する書類等
- g 医師の診断書
- h 陽性者フォローアップ等事業同意書（既提出者は不要）
※市町におけるフォローアップ事業への参加者についてはその同意書写し
- i 市町村民税額合算対象除外希望申請書（希望する者に限る。）
- j 申請者の配偶者及び合算除外対象希望者の保険証の写し（iを提出する場合に限る。）

【その他】

- 1 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。
- 2 内容審査の上、県が認めた額を支払います。申請から支払いまで2～3か月程度かかります。