

様式 7

肝炎検査費用請求書（初回精密検査・定期検査）（平成 年度 回目）

平成 年 月 日

岡山県知事 殿

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。

請求金額： \_\_\_\_\_ 円

請求者氏名： \_\_\_\_\_ 印

フリガナ				性別	生年月日	
対象者氏名				男女	明昭 大平	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		
定期検査申 請での省略 書類（レ印）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 以前に定期検査費用の支払いを受けた場合（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</li> <li>・ 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</li> </ul>					

※「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。  
 ※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。  
 ※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、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。  
 ※市町村民税（所得割）課税年額が 235,000 円未満の世帯（住民税非課税世帯を除く）に属する者は、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。  
 ※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。