

様式 7

肝炎検査費用請求書（初回精密検査・定期検査）

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		
本助成制度の 利 用 歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
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） <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） <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） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）						

※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、世帯全員の住民票の写し、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（地方税の規定による特別区民税を含む。）の課税年額を証する書類及び医師の診断書を添付してください。ただし、以前に定期検査費用の支払いを受けた場合（慢性肝炎から肝硬変など病態に変化があった方は除きます。）については、医師の診断書の添付を省略することができます。なお、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者は、病態により対象となる費用のうち3千円又は6千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。

なお、郵送で提出される場合で受付の連絡が必要な場合は、下記のいずれかの連絡手段にチェックをして下さい。

上記記載の電話番号への電話による連絡

上記記載の住所への文書による連絡

