

ウイルス性肝炎定期検査費用交付申請書

申請年月日：令和 年 月 日

岐阜県知事 様

交付申請者

住 所

氏 名

受検者との続柄

()

電話番号 (- - -)

※申請者が受検者と異なるときは別途委任状が必要です。

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。

受検者	住 所	〒 -		
	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
	被保険者氏名			請求者との続柄
	加入医療保険の種別	協 ・ 組 ・ 共 ・ 國 ・ 後 その他 ()	記号・番号	
	保 险 者 名			
	所 在 地			
	本助成制度の利 用 歴	□初回（定期検査費用を交付申請するのは今回が初めて） □今年度1回目 □今年度2回目		
病 態	□ B型肝炎ウイルスによる □ C型肝炎ウイルス	□ 慢性肝炎 □ 肝硬変 □ 肝がん	□治療後の経過観察	
申請額	円 (□1回分 □2回分)			
振込口座	銀行名等	銀行・信金・信組・農協	支 店 出張所	
	預金種別		口座番号	
	フ リ ガ ナ			
	口座名義人 氏 名			
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（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。） □ 医師の診断書			
	今年度内で、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。 □ 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又は住民税非課税証明書 □ 市町村民税額合算対象除外希望申請書 □ 医療保険の加入関係の確認できる書類の写し			

※医療機関の領収書、診療明細書、医療保険の加入関係の確認できる書類の写し(資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルからアクセスできる医療保険の「資格情報画面」の印刷したもの)、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。

※「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。

※診療明細書等書類作成費や対象外の検査については自己負担となります（申請額どおりにならない場合があります）。

※市町村のフォローアップに同意されている場合には、同意された市町村（住所地の市町村）に定期検査の結果を連絡することがあります。

【県又は市町村のチェック欄】

(受付機関受印)

- 市町村の陽性者のフォローアップの同意済
- 県の陽性者のフォローアップの同意済