

肝炎検査費用請求書 (定期検査) (年度 回目)

年 月 日

奈良県知事 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。

申請者 (検査を受けた本人)	フリガナ				性別	生 年 月 日		
	氏 名				男 女	年 月 日生		
	住 所	〒 _____ _____ 電話番号 (_____)						
	加入医療 保 険	被保険者 氏 名				申 請 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								
振込先	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			
	(注意)下記は記入しないでください							
					相手方コード			
※ 申請者と口座名義人が異なる場合は、委任欄に必ず署名してください。								
委任欄	私は、標記検査費用の受領の権限を、代理人： _____ (続柄： _____) に委任します。 申請者 _____ 年 月 日							
請求金額	_____ 円 (請求金額は決定金額ではありません。)			※請求金額には、本事業対象経費(肝炎検査費)のみ記載してください。 (診療明細書の内容によっては、請求額と支給額が異なる場合があります。) ※【県保健所記入欄】 支給決定額 _____ 円				
フォローアップ事業参加同意状況	<input type="checkbox"/> 本請求書に同意書を添付 <input type="checkbox"/> 過去の(初回精密検査・定期検査)費用請求書に同意書を添付済							
肝炎治療受給者証交付の有無	なし ・ 過去にあり(現在はなし) ・ あり							
<p>◎ ①・②とも、いずれかに☑して下さい。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>①</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 福祉医療費助成を受けている。 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 子ども医療費助成 <input type="checkbox"/> 重度心身障害老人等医療費助成 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成 <input type="checkbox"/> 心身障害者医療費助成 <input type="checkbox"/> 福祉医療費助成を受けていない。 </div> <div style="width: 45%;"> <p>②</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 精神障害者医療費助成を受けている。 <ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者医療費助成(一般または後期高齢) <input type="checkbox"/> 精神障害者医療費助成を受けていない。 </div> </div> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">助成を受けている方は、同意欄に☑をしてください。</p> <p>同意 <input type="checkbox"/> 県から検査費用の支払を受けた場合は、必要事項(氏名、生年月日、性別、住所、医療機関名、診療月及び支払額)を市町村担当課と共有することに同意します。</p>								
<p>※ 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です。</p> <p>※ 申請にあたっては、申請書類の作成にかかる費用(診断書料、世帯全員の住民票や世帯全員の住民税非課税証明書等)は実費負担となります。個人差がありますが、数千円かかる場合がありますのでご注意下さい。</p> <p>※ 交付決定をした旨のご連絡はいたしません。申請から支払いまで2ヶ月程度を要します。</p>								
添付書類	<input type="checkbox"/> 定期検査に係る専門医療機関の領収書と診療明細書(原本) <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書(別紙様式1) (原本又は市町村のフォローアップ事業へ同意し、市町村へ同意書を提出している場合はその写し): 該当者のみ ※初回精密検査の費用助成を利用しておらず、初めて定期検査の費用助成を利用する者のみ必要。 <input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票の写し(※1) <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する書類(中学生までは省略可)(※2) <input type="checkbox"/> 市町村民税額合算対象除外希望申請書(別紙様式5): 該当者のみ(※3) <input type="checkbox"/> 定期検査費用の助成に係る医師の診断書(別紙様式4) ※以前に奈良県知事から定期検査費用の支払いを受けた者、1年以内に奈良県肝炎治療特別推進事業の申請において医師の診断書を提出した者、(慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があった者は除く。)、肝がん・重度肝硬変治療研究推進事業の申請において臨床調査個人票及び同意書を提出した者については、省略することができる。							