

(別紙様式7-4)

審査決定額	円
-------	---

※ 二重枠は、記入しないでください

肝炎検査費用請求書 (定期検査)

(年度 回目)

令和 年 月 日

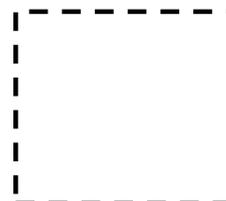
群馬県知事 様

肝炎検査 (定期検査) に要した費用を下記のとおり請求します。

請求金額: _____ 円

フリガナ		性別	生年月日	
請求者 (受診者) 氏名		男・女	年	月 日生
請求者 (受診者) 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	記号・番号	
	保険者名			
	所在地			
振込口座	フリガナ			
	口座名義			
	金融機関 名	銀行・組合 金庫・農協	支店名	本店・本所 支店・支所
	口座種別	普通・当座・貯蓄	口座番号	
定期検査申 請での省略 事項	<ul style="list-style-type: none"> ・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で医師の診断書を提出した場合(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。) ・医師の診断書以外のものであって、群馬県が定める方法で病態を確認できる場合 <input type="checkbox"/> 医師の診断書			
	<ul style="list-style-type: none"> ・同一年度で、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"/> 世帯全員の住民票の写し <input type="checkbox"/> 世帯全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 			

※ 申請に当る添付書類等は、裏面をご確認ください。



委 任 状

私(委任者氏名)_____は、

肝炎検査費用(定期検査)の受領に関する権限を、

表面の口座名義人(口座名義人氏名)_____に委任いたします。

令和_____年_____月_____日

委任者

住 所_____

氏 名_____

(自署で記入して下さい。)

(保健所(保健福祉事務所)で記入します。)

2回目以降で、既に診断書が提出されている場合

【診断名】

- 慢性肝炎(ウイルス除去後含む)
- 肝硬変(ウイルス除去後含む)
- 肝がん(治癒後含む)
- その他()

【同意書の提出】

- 同意書あり

【申請に当たっての添付書類等】

- ※ 本請求書に医療機関の領収書、診療明細書、振込先の預金通帳の口座番号が分かるページの写し、世帯全員の住民票の写し(個人番号の記載のない住民票に限る。)、世帯全員の課税等証明書(必要により市町村民額合算対象除外希望申請書)又は住民税非課税証明書、医師の診断書及びフォローアップ事業参加同意書またはその写しを添付してください。なお、表面の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。
- ※ 医療機関によっては、診療明細書等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。
- ※ 請求者(受診者)と口座名義人が異なる場合は、委任状に必要事項を記入してください。
- ※ 内容審査の上、対象費用と認められた額を支払います。申請から支払まで2か月程度かかります。