

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

注)申請者が受検者と異なるときは別途印委任状が必要です。

電話番号

(受検者との続柄:)

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
	加入保険の種類	1 社保本人 2 社保家族 3 国保(一般) 4 国保(退職者本人) 5 国保(退職者家族) 6 後高		
	本助成制度の利用歴	<input type="checkbox"/> 初回(定期検査費用を交付申請するのは今回が初めて) <input type="checkbox"/> 今年度1回目 <input type="checkbox"/> 今年度2回目		
病態	<input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルス <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルス	による <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝がん	<input type="checkbox"/> 治療後の経過観察	
申請額	円(<input type="checkbox"/> 1回分 <input type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/> 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。 <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"/> 市町村住民税額合算対象除外希望申請書 <input type="checkbox"/> 医療保険証の写し			

【県又は市町村のチェック欄】

- 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

(受付機関收受印)

※医療機関の領収書、診療明細書、医療保険証の写し、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。