

(別記第2号様式)

肝炎検査（定期検査）費用助成申請書

年 月 日

山口県知事 様

関係書類を添えて下記のとおり肝炎検査（定期検査）に要した費用を申請します。

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	年 月 日生	
住所	〒 ー 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・船・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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
定期検査申請での省略書類（レ印）	・以前に定期検査費用の支払いを受けた場合、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（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。）又は肝がん・重度肝硬変治療特別促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場合 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 ・同一年度内で、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"/> 市町村民税額合算対象除外希望申請書			

【添付書類】

医療機関の領収書、診療明細書、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。

※1 「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。

※2 費用助成の承認・不承認の決定通知は、記載の住所に送付します。

※3 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、その費用は自己負担となります（本事業の助成を受けるため、診断書等を医療機関に求める際には、県健康福祉センター（下関保健所含む）受付印を押印した本申請書を確認のためお見せください）。

フォローアップ事業説明済

県健康福祉センター等
受付印