

(注) こちらには記入しないでください

様式 4

決定金額： 円

肝炎検査費用請求書（定期検査）（ 年度 回目）  
年 月 日

愛媛県知事 様

肝炎検査（定期検査）に要した費用を上記のとおり請求します。

請求金額： 円

（請求者）住所： 電話番号 — —

氏名： 印（対象者との続柄）

フリガナ				生年月日
対象者氏名				年 月 日生
住所	〒 —			
振込口座 (請求者名 の口座)	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	
病態 (レ印)	該当する診断名、項目にチェック、○をしてください。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎（B型肝炎ウイルスによる、C型肝炎ウイルスによる） <input type="checkbox"/> 肝硬変（B型肝炎ウイルスによる、C型肝炎ウイルスによる） <input type="checkbox"/> 肝がん（B型肝炎ウイルスによる、C型肝炎ウイルスによる） <input type="checkbox"/> その他（ ）		受診医療 機関名 (医師氏名)	(担当医師： )
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、もしくは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（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			
	・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後の申請を行う際に、以前の申請時と同様の内容の書類である場合 <input type="checkbox"/> 申請者の氏名が記載された医療保険の支給に関する情報を確認できる資料等 <input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票の写し <input type="checkbox"/> 世帯全員の市町民税課税証明書 <input type="checkbox"/> 世帯調書兼同意書又は市町民税額合算対象除外希望申請書			

※医療保険の支給に関する情報を確認できる資料等として、以下①②のいずれかを添付してください。

①保険者から発行される「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」

②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」（あらかじめマイナポータルからダウンロードした医療保険の資格情報のPDFファイルを表示した画面を含む）

※本請求書に医療機関の領収書、診療明細書、世帯全員の住民票の写し、世帯全員の市町民税課税証明書及び医師の診断書（様式5）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。

※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。