

(別紙様式 4-4)

肝炎検査費用請求書（定期検査）（ 年度 回目）

年 月 日

滋賀県知事 殿

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

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・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・金庫	店舗名	支店	
	口座種別	当座・普通	口座番号		
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（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。） ☐ 医師の診断書 （ 年 月 日申請分に添付）				
	・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 ☐ 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又は住民税非課税証明書 ☐ 市町村民税額合算対象除外希望申請書				

※ 「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。

※ 本請求書に医療機関の領収書、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）または住民税非課税証明書、およ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。

※ 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。

定期検査費用の助成に係る診断書作成費用については助成対象となりますが、添付を省略できる場合は助成しません。