

(別紙様式1の2)

石川県肝疾患検査費用請求書(定期検査)

年 月 日

石川県知事 様

肝疾患検査(定期検査)に用いた費用を下記のとおり請求します。

請求金額: _____ 円

太枠の中をご記入ください。

フリガナ		性別	生年月日	
対象者氏名		男・女	明昭 大平	年 月 日生
住所	〒 _____ 電話番号 () _____			
振込口座 (請求者名 義の口座)	フリガナ			
	口座名義			
	金融機関名	支店等名	支店 出張所	
	口座種別	口座番号		
(市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄) 下記の者については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。				
記				
除外希望者氏名 _____				
定期検査 申請での 省略書類等 (レ印)	・「以前に定期検査費用の支払いを受けた場合」又は 「1年以内に石川県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方は除く。) <input type="checkbox"/> 医師の診断書(別紙様式2)			
	・同一年度内に、「1回目の定期検査費用の助成を受けた場合」又は 「石川県肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付を受けた場合」 (同一年度内に提出した書類の内容と同様である場合とする。) <input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票の写し <input type="checkbox"/> 世帯全員の住民税非課税証明書又は市町村民税の課税年額を証する書類			
	・別紙様式1の3に申請者及び申請者と同一の世帯に属する者についてマイナンバーを記載した場合 <input type="checkbox"/> 世帯全員の住民税非課税証明書又は市町村民税の課税年額を証する書類			
	・以前に初回精密検査費用又は、定期検査費用の支払いを受けた場合 <input type="checkbox"/> 石川県肝炎診療連携参加同意書の写し			

【定期検査】 次の書類を添付すること。

- 医師の診断書(別紙様式2) ※1 ※2
- 検査を受けた医療機関が発行した領収書
- 検査を受けた医療機関が発行した診療明細書 ※1
- 世帯全員の住民票の写し(マイナンバーの記載のないもの) ※2
- 世帯全員の住民税非課税証明書又は市町村民税の課税年額を証する書類 ※2 ※3
- 石川県肝炎診療連携参加同意書の写し ※2
- 振込先金融機関の口座が分かる書類(預金通帳の写し等)

※1 医療機関によっては、発行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。

※2 「定期検査申請での省略書類等」の欄に記載の要件に該当する場合は、該当書類の提出については、省略可能です。

※3 高校生以下の未就労者の証明書の提出については、省略可能です。