

肝炎検査費用請求書（定期検査）（令和 年度 回目）

山形県知事 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。

また、山形県が、下記対象者が助成対象であることを確認するため必要があるときは、市町村に対し陽性者フォローアップ事業への同意状況について照会を行い、回答を受けることに同意します。

令和 年 月 日

請求金額： 円

請求者氏名：

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	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		口座番号		
本助成制度の 利 用 歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
病 態	該当する診断名、項目にチェック、括弧内の該当するものを○で囲んでください。 <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（ ）				

※ 本請求書に添付していただく書類

- ①医療機関の領収書
- ②診療明細書(別紙様式2)
- ③世帯全員の住民票の写し
- ④世帯全員の課税等証明書等(必要に応じ市町村住民税額合算対象除外希望申請書)又は世帯全員の住民税非課税証明書
- ⑤肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書(別紙様式3)
- ⑥医師の診断書(別紙様式4)

※ ③及び④については、同一年度で2回目の申請又は同一年度に山形県肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付を受けている場合で、以前の申請時と同様の内容の書類であるときは、省略することができます。

※ ⑥については、以前に山形県から定期検査費用の支払いを受けている場合若しくは1年以内に山形県肝炎治療特別促進事業で医師の診断書を提出している場合(病態に変化がある場合を除く)、又は山形県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業で臨床調査個人票及び同意書を提出している場合は、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、その費用は助成対象外となります。また、助成の対象となる検査項目は限定されていますので、詳しくは受検する医療機関にお問い合わせください。