

長崎県肝炎ウイルス検査費助成申請・請求書（定期検査）（ 年度 回目）

長崎県知事 様

私は、長崎県ウイルス性肝炎患者等重症化予防事業実施要領の規定により、次の事項に同意し、下記のとおり申請・請求します。

- ・県が、あなたが受けた肝炎ウイルス検査及び定期検査について、関係機関へ照会すること。
- ・県が、お住まいの市町や管轄する保健所へ、あなたが定期検査を受けたことを情報提供すること。
- ・情報を受けた市町や保健所が、あなたへの定期検査の勧奨等に活用する可能性があること。
- ・フォローアップとして、保健所や市町が定期的に年1回程度調査票の送付等により、医療機関の受診状況や治療内容を確認し、連絡を行う場合があること。

請求額 円

年 月 日

請求者	住所	〒 長崎県		
		Tel () -		
	フリガナ		性別	男・女
	氏名	〒	生年月日	年 月 日
	加入医療保険	該当する保険を○で囲んでください。 (協・組・共・国・後) (本人・家族)		
陽性わかった肝炎ウイルス検査の種別	該当する種別を○で囲んでください。 1. 保健所の無料検査 2. 委託医療機関の無料検査 3. 市町健康増進事業の検診 4. 職域による検査 5. 妊婦検診 6. 手術前検査			
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 組合		本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

○請求者と受領者（振込先の名義人）が異なる場合は下記を記入してください。

私（請求者）は、受領者（振込先の名義人）に対し、肝炎ウイルス検査費の受領を委任します。	(県受付印)
請求者 住所 氏名	
受領者 住所 氏名	

○添付書類

- 医療機関が発行した領収書 診療明細書 世帯全員の住民票 医師の診断書
- 世帯全員の住民税非課税証明書または市町村民税課税年額証明書
- 合算対象から除外する者の健康保険証の写し

<注意事項> ※診療明細書、診断書に費用がかかる場合があります。その費用は、自己負担となります。
 ※世帯全員の市町村民税課税年額が235,000円未満の方は、定期検査費助成における自己負担限度額が、慢性肝炎の場合2,000円、肝硬変・肝がんの場合3,000円になります。

<定期検査費用の助成における市町村民税額合算対象除外希望申請書>

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 (フリガナ)

申請者氏名 (フリガナ)

印

<定期検査申請での省略書類>

- ・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。）

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。

世帯全員の住民票の写し

世帯全員の住民税非課税証明書または市町村民税課税年額証明書

市町村民税額合算対象除外希望申請書及び除外する者の健康保険証の写し

※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。