（様式第３号－４）

肝炎検査費用請求書（定期検査）（　　年度　回目）

年　　月　　日

福井県知事　様

氏　名
（発行責任者及び担当者）
請求者　住　所

連絡先（電話番号）

下記のとおり肝炎検査（定期検査）に要した費用を請求します。

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>性　別</td><td colspan="4">生　年　月　日</td></tr>
<tr><td>対象者
氏　名</td><td colspan="2"></td><td>男　女</td><td colspan="4">年　　月　　日生</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="6">〒　　－

電話番号　（　　）　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="3">加入医療保険</td><td>被保険者
氏　名</td><td></td><td rowspan="2">保険種別</td><td rowspan="2">１ 協会　２ 組合
３ 船員　４ 共済
５ 国保
６ 後期高齢者</td><td rowspan="2">続柄</td><td rowspan="2">１ 本人
２ 家族</td></tr>
<tr><td>被保険者証
記号・番号</td><td></td></tr>
<tr><td>被保険者証
発行機関名</td><td></td><td>同
所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>振込先
（請求者名義の口座）</td><td colspan="2">銀行
金庫　　支店
農協　　支所</td><td>口座
番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>過去の
制度利用歴</td><td colspan="6">□ あり
□ なし</td></tr>
<tr><td colspan="7">請求額　　金　　円</td></tr>
</table>

【添付書類】

□	医療機関の発行した領収書（原本）
□	診療明細書（原本）
□	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世帯全員の市町村民税の課税年額を証する書類（必要により市町村民税額合算対象除外希望申請書（様式第５号））
□	医師の診断書（様式第４号）
□	フォローアップへの同意書
□	通帳の口座情報が確認できる部分（通常は表紙の裏側）のコピー

※　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。

※　請求者と対象者の住所・連絡先が同一の場合、対象者住所欄に「同上」と記入してください。

※　過去に本制度の利用歴がある場合もしくは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ている場合で病態に変化がない場合、または医師の診断書以外のものであって県が定める方法で病態を確認できる場合は、医師の診断書（様式第４号）の添付を省略することができます。また、同一年度で、２回目の申請または肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付後本申請を行う際に、以前の申請時と同様の内容の場合は、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世帯全員の市町村民税の課税年額を証する書類、市町村民税額合算対象除外希望申請書（様式第５号）、フォローアップへの同意書（様式第１号）および通帳の口座情報が確認できる部分のコピーを省略することができます。