

肝炎検査費用請求書 (初回精密検査・定期検査)

年 月 日

和歌山県知事 様

肝炎検査 (初回精密検査・定期検査) に要した費用を次のとおり請求します。

請求者住所 : \_\_\_\_\_

請求者氏名 : \_\_\_\_\_

請求金額 : \_\_\_\_\_ 円

ふりがな	_____		
対象者氏名	性別	生年月日	
	男・女	年 月 日	
住所	〒 _____ 電話番号 ( _____ )		
対象者の加入医療保険	被保険者氏名	請求者との続柄	
	保険種別	協会・組合・共済 国保・後期	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	ふりがな	_____	
	口座名義	_____	
	金融機関名	店舗名	_____
	口座種別	普通・当座	口座番号
本助成制度の利用歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	肝炎治療受給者証の交付歴 (定期検査の場合に記載)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 過去にあり (現在はなし)
市町村民税額合算対象除外希望者	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) : _____		
病態	該当する診断名、項目にチェック、○をしてください。 <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 ( _____ )		
職域の肝炎ウイルス検査を受けた場合の医療機関への照会	同意する場合はチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 和歌山県が、上記対象者が職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けたことを確認するため必要があるときは、上記対象者が職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けたかどうかについて、添付の肝炎ウイルス検査結果通知書又は職域検査受検証明書に記載の医療機関に照会を行い、当該医療機関から回答を受けることに同意します。		

【受付時チェック欄】 (県担当者が記入)	
<input type="checkbox"/> 県の陽性者フォローアップ同意確認済	受理日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 市町村のフォローアップ同意確認済	

注1 初回精密検査の場合、本請求書に医療機関の領収書、診療明細書及び肝炎ウイルス検査又は肝炎ウイルス検診の結果通知書(妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、母子健康手帳により検査日等が確認できない場合に限る。)を添付してください。

- 職域の肝炎ウイルス検査を受けた場合で、職域検査受検証明書(様式3-2)がある場合は添付してください。
- 妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、肝炎ウイルス検査の日及び当該検査の結果が記載された母子保健手帳の該当するページの写しを添付してください。
- 手術前の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、肝炎ウイルス検査後に受けた手術に係る手術料が算定されたことが確認できる診療明細書の写しを添付してください。

2 定期検査の場合、本請求書に医療機関の領収書、診療明細書、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又は世帯全員の市町村民税の課税年額を証する書類(申請時に取得できる最新のもの)及び医師の診断書(様式4)を添付してください。ただし、次に掲げる書類の添付は、それぞれに定める場合に省略できます。

- (1) 医師の診断書 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、又は以前に定期検査費用の助成を受けた場合で、慢性肝炎から肝硬変への移行などの病態の変化がない場合及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の申請において臨床調査個人票及び同意書を提出した場合
- (2) 世帯全員の住民税非課税証明書又は世帯全員の市町村民税の課税年額を証する書類 同一年度内で、1回目の定期検査費用の助成を受けた場合又は和歌山県肝炎治療特別促進事業実施要綱による肝炎治療受給者証の交付を受けた場合

3 医療機関によっては、診療明細書や診断書の発行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。

4 対象外の検査については、自己負担となります。(請求額どおりお支払できない場合があります。)

5 内容を審査の上、助成対象と認められた額をお支払しますので、申請から支払まで3か月程度かかります。

6 定期検査については、住民税非課税世帯に属する者は、対象となる費用の全額が助成されます。それ以外の者(市町村民税(所得割)課税年額が235,000円未満の世帯に属する者に限る。)は、病態により対象となる費用のうち、2,000円又は3,000円を差し引いた額が助成されます。