様式第１号

**肝炎定期検査費用請求書**

【定期検査　( １回目 / ２回目 )】

令和　　　　　年　　　　月　　　　日

**大 阪 府 知 事　　殿**

**大阪府ウイルス性肝炎治療医療費助成制度の規定により次の事項について内容を理解したうえで同意し、**

**下記のとおり申請します。**

〇　肝炎ウイルス検査、初回精密検査及び定期検査の内容や費用について、関係機関へ照会すること。

〇　お住まいの市町村等へフォローアップに必要な情報を提供・照会する場合があること。

〇　肝炎ウイルス検査等を受けた市町村から調査票が送付される等により、医療機関の受診状況や治療内容を確認し、必要に応じて電話等により連絡をする場合があること。

**＜肝炎定期検査費用請求者＞**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ | 生年月日・性別 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | T・S・H　　　　年　　　月　　　日　　（　　　　　歳）性　別　　男　/　女　（どちらかに〇）　　　　　　　 |
| 〒　　　－　住　所 | 電話番号　　　携帯番号 |

**＜加入医療保険＞**

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者氏名被保険者証の（記号　　　　　　　　番号　　　　　　　　　　　） | 請求者との続柄（どちらかに〇）本人　　　　　家族 |
| 加入医療保険の種類（ご加入の保険を〇で囲んでください）　　　　　　　　　　　　　　　　　　国保・国保組合・協会健保・組合健保・共済組合・退職者（任意継続）・後期高齢・その他（　　　　　　　） |
| 被保険者証発行機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地 |

**＜振込口座・請求額＞**

|  |
| --- |
| 金融機関名　　　　　　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　支店 |
| 口座名義　　（フリガナ：　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　口座番号　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）預金種別　　（　　　普通（総合）　・　当座　　　　） | 請求金額　　　　　　　　　　　　　　　 円  |

**◎助成制度利用歴をおたずねします。以下の該当する診断名、項目に✔（チェック）してください。**

|  |
| --- |
| □　慢性肝炎（B型肝炎ウイルス）　　　　　　　　 □　慢性肝炎（C型肝炎ウイルス）　 |
| □　肝硬変（B型肝炎ウイルス）　　　　　　　　　 □　肝硬変（C型肝炎ウイルス） |
| □　肝がん（B型肝炎ウイルス）　　　　　　　　　 □　肝がん（C型肝炎ウイルス） |
| * 初回精密検査費用助成を受けたことが有る

（申請時期　　令和　　　　年　　　　月） | * 定期検診費用の請求をしたことが有る

（請求時期　　令和　　　　年　　　　月） |

※　申請にあたっては裏面の記載事項についてもご確認ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **市町村民税額合算対象除外希望者申請書**下記世帯構成員については、対象者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、対象者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上及び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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　記請求者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 除外を希望する世帯構成員 | フリガナ氏　　名 |  | フリガナ氏　　名 |  |
| フリガナ氏　　名 |  | フリガナ氏　　名 |  |
| フリガナ氏　　名 |  | フリガナ氏　　名 |  |

（注）　市町村民税額合算対象からの除外を希望する場合は、対象者及びその配偶者と除外を希望する者との間に扶養関係がないことを証する書類（対象者その配偶者及び除外を希望する者の被保険者証の写し等）を添付してください。 |

**（書類の省略）**

大阪府受領印

（大阪府備考欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 省略書類（✔印） | 『過去に定期検査費用の助成を受けたことがある方』『1年以内に肝炎治療医療費助成の申請において診断書を提出した方』は、診断書の提出は不要です。※慢性肝炎から肝硬変への移行等の病態に変化があった方は必要です。（医師の診断書を省略の場合は✔を入れてください。）* 医師の診断書
 |
| 同一年度内に2回目の定期健診の申請をされる方、又は肝炎治療医療費の助成【受給者証・参加者証】の交付を受けた方で、請求日において当該助成制度の申請をするために提出した世帯全員の住民票又は課税証明書等の内容に変更がない場合は、書類の添付を省略することができます。（内容に変更の無い書類に✔を入れてください。）* 世帯全員の住民票の写し
* 世帯構成員の課税等証明書等又は住民税非課税証明書
* 市町村民税額合算対象樹外希望申請書
 |