

肝炎ウイルス定期検査費用請求書

年 月 日

青森県知事 殿

肝炎ウイルス定期精密検査に要した費用を下記のとおり請求します。

なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。

請求者（対象者）氏名：

性別	生 年 月 日						
男 女	明 昭 大 平	年 月 日生					
個人番号							
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・船・共・国・後			記号・番号		
	保険者名						
	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	当座・普通	口座番号				
定期検査申 請での省略 可能書類 (レ印)	<input type="checkbox"/> 医師の診断書 以下のいずれかに該当する場合は「医師の診断書」を省略できます。(いずれも以前診断書等を提出した時に比べ、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。) ・以前に定期検査費用の支払いを受けた場合 ・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 ・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						
同一年度内 での2回目の 定期検査申 請での省略 可能書類 (レ印)	・同一年度内の1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の後に本申請を行う際において、本年度に属する最新の住民票の写し、課税等証明書等を提出している又はマイナンバーを利用して助成を受けている場合。(マイナンバー利用を理由に書類提出を省略する場合、別紙様式1の2には個人番号の記載と署名欄への署名が必要です。) <input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票の写し <input type="checkbox"/> 世帯全員の課税等証明書等又は住民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 市町村民税額合算対象除外希望申請書 <input type="checkbox"/> 個人番号 (マイナンバー)						

(青森県記入欄)

決定額	百万	十万	万	千	百	十	円
-----	----	----	---	---	---	---	---

注1 本請求書に以下の書類を添付してください。なお、対象者及び世帯全員について個人番号（マイナンバー）と署名を記載した場合は、ウ～カの提出を省略できます。（ウについては、請求者が対象者と同一かつ対象者のマイナンバーと紐付けられている銀行口座を別紙様式1に記載している場合に限る。）

ア 検査を受けた医療機関が発行した領収書

イ 検査を受けた医療機関が発行した診療明細書

ウ 定期検査費用振込先金融機関の口座番号が分かる書類（キャッシュカード又は通帳の写し等）

エ 対象者が加入する医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」若しくは「資格確認書」又はマイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」等

オ 世帯全員の住民票の写し

カ 世帯全員の最新の市町村民税課税（非課税）証明書等、世帯全員の市町村民税の課税年額を証明する書類（なお、必要な場合は「市町村民税額合算対象除外希望申請書」を提出ください）

キ 定期検査費用の助成に係る医師の診断書（別紙様式2）

ただし、本請求書表面に記載の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。

2 医療機関によっては、診断書や診療明細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。

3 **請求者は対象者本人**です。

4 請求者（対象者）本人と振込先の口座名義人が違う場合は、委任状（裏面）を記入してください。

委任状

受任者(表面請求書の口座名義人)

住所

氏名

印

私は、上記の者を代理人と定め、青森県から受領する肝炎ウイルス定期検査費用の受領について、一切の権限を委任します。

年 月 日

委任者(表面請求書の請求者)

住所

氏名

印

注 受任者の印は、委任者の印と異なるものを押印すること。

(市町村記載欄)

フォローアップへの同意の有無

フォローアップに同意している（同意書があれば写しを添付してください）

(別紙様式1の2)

対象者を除く同一世帯員（対象者が属する住民票上の世帯の全ての構成員）記載欄

- 1 下記の者が、私（対象者）が属する住民票上の同一世帯員です。
- 2 私及び下記の同一世帯員は直近年度の地方税関係情報を取得することについて
 - ・同意します（下記の「同意署名欄」に同意する本人それぞれが署名をしてください。）
 - ・同意しません（市町村民税の課税年額について紙による提出が必要です）

★同一年度内の1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の後に本申請を行う際に、マイナンバーを利用して助成を受けていることを理由に書類の提出を省略する場合であっても、個人番号欄の記載と署名欄への署名は必要となります。

	フリガナ	生年月日	対象者 との続柄	個人番号（マイナンバー）				申請年 1/1 時点の住民票 所在市町村
	世帯構成員名	性別						
同一世帯者 (対象者を除く)		男・女						
		男・女						
		男・女						
		男・女						
		男・女						
		男・女						
		男・女						
		男・女						

地方税関係情報の照会に係る同意署名欄

青森県が行う「青森県肝炎ウイルス定期検査費助成事業実施要綱」に基づく事務手続きを処理するために限って直近年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意します。

対象者 _____ 氏名（自署）

対象者との続柄（ ） _____ 氏名（自署）

対象者との続柄（ ） _____ 氏名（自署）

対象者との続柄（ ） _____ 氏名（自署）

対象者との続柄（ ） _____ 氏名（自署）