（様式 13-4）

※審査決定額は、記入しないでください。

審査決定額	円

肝炎検査費用請求書（定期検査）（　　年度　　回目）

年　　月　　日

茨城県知事　　殿

肝炎検査（定期検査）に要した費用を下記のとおり請求します。

請求金額：　　円

請求者氏名：　　印

フリガナ			性　別	生　年　月　日
対象者氏名			男　女	年　　月　　日生
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・共・国・後	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	フリガナ			
	口座名義			
	金融機関名		店舗名	
	口座種別		口座番号	
省略書類（レ印）	・以前に定期検査費用の支払いを受けた場合若しくは１年以内に肝炎治療費助成事業（肝炎治療特別促進事業）で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費助成事業（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 ☐ 世帯構成員の住民票の写し ☐ 世帯構成員の課税（非課税）証明書等 ☐ 市町村民税額合算対象除外希望申請書			

※　世帯構成員とは、申請者が属する住民票上の世帯のすべての構成員のことをいいます。

※　本請求書に、①医療機関の領収書、②診療明細書、③世帯構成員の住民票の写し、④世帯構成員の課税（非課税）証明書等（必要により市町村民税額合算対象除外希望申請書）、⑤医師の診断書、⑥フォローアップ参加同意書、⑦加入被保険者証の写し、⑧振込先金融機関の口座がわかる書類（預金通帳の写し等）を添付してください。なお、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。

※　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、その費用は自己負担となります。