

熊本県肝炎ウイルス検査（定期検査）費用請求書

年 月 日
 (年度内 回目)

熊本県知事様

肝炎ウイルス検査（定期検査）に要した費用を請求します。

請求額 円

ふりがな				生年月日
請求者氏名				年 月 日生
住所	〒 - 電話番号 ()			
保険区分	被保険者氏名		請求者との続柄	
	保険種別	健保組合・協会けんぽ 船員・共済組合・国保 後期高齢者・その他	記号・番号	
	保険者名			
	所在地			
振込口座	ふりがな			
	口座名義			
	金融機関名		支店等名	
	口座種別	普通・総合・当座	口座番号	
フォローアップ事業の同意先	<input type="checkbox"/> _____保健所（熊本市保健所を除く） <input type="checkbox"/> 熊本市保健所 <input type="checkbox"/> 市町村（熊本市を除く）			

次の書類を添付すること。

(定期検査)

- ①領収書、支払証明書等（保険点数と支払金額が分かるもの）＜原本＞
- ②診療明細書
- ③定期検査費用の助成に係る医師の診断書（様式第2号）
- ④世帯全員の住民票の写し＜原本＞
- ⑤世帯全員の市町村民税課税証明書等＜原本＞又は住民税非課税証明書＜原本＞
- ⑥定期検査助成事業に係る個人番号（マイナンバー）提供書
- ⑦フォローアップ事業参加同意書（事前に同意していない場合）

※1 以前に本県から定期検査費用の支払いを受けた場合、年度内2回目の請求を行う場合等にあつては、一部書類（③診断書、④住民票の写し等）の提出を省略することができます。詳細は、裏面をご参照ください。

※2 一部書類の取得には所定の費用が必要となりますが、その費用は請求者の自己負担となります。

支給決定額 円（※記入しないでください。）

○自己負担限度額及び世帯全員の市町村民税課税証明書等について

下記の表の区分により自己負担額が変わります。また、自己負担限度額階層区分の乙にあたる場合、世帯全員の市町村民税課税証明書等は、世帯全員の住民税非課税証明書でも構いません。

階層区分		自己負担限度額（1回につき）	
		慢性肝炎	肝硬変、肝がん
甲	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方	2,000 円	3,000 円
乙	住民税非課税世帯に属する方	0 円	0 円

※ 申請者及びその配偶者と相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない方（配偶者以外の者に限る）については、市町村税額合算除外希望申請書に基づき、世帯構成員における市町村民税課税年額の合計対象から除外することができる場合があります。詳しくは、最寄りの保健所、熊本県健康危機管理課にお問い合わせいただくか、県のホームページでご確認ください。

○添付書類の省略について

(1) ③定期検査費用の助成に係る医師の診断書（様式第2号）

以下のいずれかに該当する場合にあっては提出を省略することができます。

ア 以前に本県から定期検査費用の支払いを受けた場合

イ 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

ウ 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

ただし、慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があったときは提出が必要となります。

例1：慢性肝炎から肝硬変又は肝がんへ病態が移行し、CT撮影又はMRI撮影に係る費用について、定期検査費用として初めて助成請求する場合

例2：肝硬変又は肝がんから慢性肝炎へ病態が改善し、CT撮影又はMRI撮影に係る費用について、定期検査費用として助成請求を行わなくなった場合

(2) ④世帯全員の住民票の写し、⑤世帯全員の市町村民税課税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除外希望申請書

同一年度内で2回目に請求を行う場合、又は同一年度内で肝炎治療特別促進事業の受給者証交付を受けた後に本請求を行う場合は、上記3点の提出は不要です。