様式４

東京都ウイルス性肝炎重症化予防推進事業

定期検査費用請求書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　検査を受けた御本人が申請者となります。

ボールペン等の字が消えないもので記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 性　別 | | | 生　年　月　日 | | | | | | | | |
| 申請者氏名 |  | |  | | | 年　　　 月　　　日生 | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　　―  　　　　　　区・市・町・村  電話番号　　　　　（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 加入医療  保 険 | 被保険者  氏 名 |  | | | 申 請 者  との続柄 | | |  | | | | | | |
| 保険種別 | 協会・組合・共済・国保・後期 | | | 記号・番号 | | |  | | | | | | |
| 保険者名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 振込口座  （※） | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 |  | | 店 舗 名 | | |  | | | | | | | |
| 口座種別 | 普通・当座 | | 口座番号 | | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 該当する場合は✔印  ※　該当がある場合は、提出を省略できる書類があります。チェックシートにより御確認ください。 | | □　平成29年4月1日以降に東京都から定期検査費用助成の支払いを受けことがある。（直近で支払いを受けた時期：　　　　年　　月頃）  □　請求日前１年以内にＢ型・Ｃ型ウイルス肝炎治療医療費助成、又は、肝がん・重度肝硬変医療費助成の医療券の申請をしたことがある。 | | | | | | | | | | | | |
| 該当する場合は✔印  ※　該当する場合、同一年度内の定期検査費用の助成は1回までです。 | | □　同一年度内（4月から3月まで）に受診した検査について、初回精密検査費用助成を受けたことがある。 | | | | | | | | | | | | |
| 定期検査に要した費用を上記のとおり請求します。  　　　年　　　月　　　日  東　京　都　知　事　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求金額※　　　　　　　　　　　円  ※記入不要です | | | | | | | | | | | | | | |

**（※）申請者と振込口座の名義が異なる場合は、下記を御記入ください。**

助成金の受領に関する権限を下記のとおり委任します。

委任者（申請者）　　氏名：　　　　　　　　　　　印

受任者（口座名義）　氏名：　　　　　　　　　　　印　住所：〒

　　　　　　　　　　　申請者との続柄：

＊提出前に、「定期検査費用助成に係る申請書類チェックシート」により、必要書類等の再確認をお願いいたします。

＊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、その費用は助成対象外です。

（R6.12）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （以下、記入不要。東京都記入欄のため。） | | 銀行コード | |  | 支店コード | |  |
| 医療券（B型・C型・肝がん重度肝硬変） | | 年　　月～　　年　　月（受付日　　年　　月　　日） | | | | | |
| 同一年度内助成実績（初回精密・定期１回目済・実績なし） | | | 直近助成実績（　　　年度分 　　年 　　月審査） | | | | |
| 慢性肝炎（　）　肝硬変（　）　肝がん（　） | ① 　　　　　　　円　－　　　　　円　＝　　　　　　円  ② 　　　　　　　円　－　　　　　円　＝　　　　　　円 | | | | | | |
| 非課税 ・ 課税 |
|  | | | | | | 計　　　　　　円 | |