

初回精密検査費用請求書

(手術前の肝炎ウイルス検査を受検された方用)

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	〒 ー 区・市・町・村									
	電話番号 ()		(※日中に連絡がとれる電話番号をご記入ください。)							
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						
	保険者名称									
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						
手術前の肝炎ウイルス検査を受けた日			年 月 日							
上記の肝炎ウイルス検査を受けた日から1年以上経過している場合は、該当するものに✓印をお願いします。		<input type="checkbox"/> 手術後の長期入院等により、肝炎ウイルス検査で陽性と判定されてから1年以内に精密検査の受診や精密検査費用を請求することが困難であった。 <input type="checkbox"/> その他 ()								
初回精密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: _____ ㊞

受任者 (口座名義) 氏名: _____ ㊞ 住所: 〒 _____

申請者との続柄: _____

* 提出前に、「初回精密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。

(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		
-------	--	-------	--	--

初回精密検査費用請求書

(手術前の肝炎ウイルス検査を受検された方用)

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	トウキョウ タロウ		性別	生 年 月 日					
申請者氏名	東京 太郎		男	0000年 00月 00日生					
住 所	〒000-0000 新宿(区)市・町・村 西新宿0-0-0 電話番号 03 (0000) 0000 (※日中に連絡がとれる電話番号をご記入ください。)								
加入医療 保 険	被保険者 氏 名	東京 太郎		申 請 者 との続柄	本人				
	保険種別	協会・組合・共済・国保・後期		記号・番号	00・000000				
	保険者名称	協会けんぽ		勤務先名ではなく、医療保険の保険者名を記入してください。 (例) 〇〇健康保険組合 ※国民健康保険の方は、区市町村名を記入してください。					
振込口座 (※)	フリガナ	トウキョウ ハナコ							
	口座名義	東京 花子							
	金融機関名	0000銀行		店 舗 名	000支店				
	口座種別	普通・当座		口座番号	0	0	0	0	0
手術前の肝炎ウイルス検査を受けた日			0000年 00月 00日						
上記の肝炎ウイルス検査を受けた日から1年以上経過している場合は、該当するものに✓印をお願いします。			<input checked="" type="checkbox"/> 手術後の長期入院等により、肝炎ウイルス検査で陽性と判定されてから1年以内に精密検査の受診や精密検査費用を請求することが困難であった。 <input type="checkbox"/> その他 ()						
初回精密検査に要した費用を上記のとおり請求します。			0000年 00月 00日			東京都への提出日を記入してください。			
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: 東京 太郎 (印)

受任者 (口座名義) 氏名: 東京 花子 (印) 住所: 〒000-0000 新宿区西新宿0-0-0

申請者との続柄: 妻

請求金額は記入不要です。(診療明細書等を確認の上、都で記入します。)

* 提出前に、「初回精密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。

(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	
-------	--	-------	--