

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 () (※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					
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。	<input type="checkbox"/> 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たことがある。(直近で支払いを受けた時期： 年 月頃) <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 同一年度内 (4 月から 3 月まで) に初回精密検査費用助成を受けている。								
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： _____ ㊟

受任者 (口座名義) 氏名： _____ ㊟ 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。

(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	
診断書・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
非課税 ・ 課税	②	円 -	円 =	円
			計	円

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	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	〒0000-0000 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	0
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。	<input checked="" type="checkbox"/> 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たことがある。(直近で支払いを受けた時期： 年 月頃) <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 同一年度内 (4 月から 3 月まで) に初回精密検査費用助成を受けている。									
定期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 知 事 殿				東京都への提出日を記入してください。						
				請求金額※ XXXXXXXXXX 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 ㊞

受任者 (口座名義) 氏名： 東京 花子 ㊞ 住所：〒0000-0000 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、「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。

(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	
診断書・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
非課税 ・ 課税	②	円 -	円 =	円
			計	円