

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		被保険者証の 記号・番号					
	被保険者証発行機関名								
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。	<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	
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