（様式３－４）

肝炎検査費用請求書（定期検査）（　　年度　回目）

年　　月　　日

保健所長　様

肝炎検査（定期検査）に要した費用を下記のとおり請求します。

請求金額：　　円

請求者氏名：

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td><td>性　別</td><td colspan="2">生　年　月　日</td></tr>
<tr><td>対象者氏名</td><td colspan="3"></td><td>男　女</td><td colspan="2">年　　月　　日生</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="6">〒　　－

電話番号　　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">加入医療保　険</td><td>被保険者
氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>請 求 者
との続柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>保険種別</td><td colspan="2">協・組・共・国・後</td><td>被保険者証
の記号・番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>被保険者証
発行機関名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>所 在 地</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">振込口座</td><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>口座名義</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>金融機関名</td><td colspan="2"></td><td>店舗名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>口座種別</td><td colspan="2"></td><td>口座番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">省略書類
（レ印）</td><td colspan="6">・以前に定期検査費用の支払いを受けた場合、又は１年以内にウイルス肝炎医療費給付事業で医師の診断書を提出した場合（慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があった場合は除く。）
・医師の診断書以外のものであって、長野県が定める方法で病態を確認できる場合
□　医師の診断書</td></tr>
<tr><td colspan="6">・同一年度内で、２回目の申請又はウイルス肝炎医療費給付事業の受給者証の交付の後本申請を行う際に、以前の申請時と同様の内容の書類である場合
□　世帯構成員の住民票の写し
□　世帯構成員の課税等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</td></tr>
</table>

※　「世帯構成員」とは、申請者が属する住民票上の世帯のすべての構成員のことをいいます。

※　本請求書に医療機関の領収書、診療明細書、世帯構成員の住民票の写し、世帯構成員の課税等証明書等（必要により市町村民税額合算対象除外希望申請書）又は住民税非課税証明書、及び医師の診断書を添付してください。なお、上記要件に該当する場合は、該当書類を省略することができます。

※　医療機関によっては、診療明細書や診断書に費用がかかる場合がありますが、その費用は自己負担となります。