

神奈川県ウイルス性肝炎患者等の検査費助成申請書兼請求書（定期検査）

神奈川県知事 殿

私は、次の事項に同意の上、神奈川県ウイルス性肝炎患者等の検査費助成金を申請（請求）します。

ウイルス性肝炎患者の方に対するフォローアップを行うため、市町村や保健所等から医療機関の受診状況や治療内容をお手紙や電話等で確認させていただきます。

また、助成金支給の可否を決定するために必要な場合は、市町村への照会や医療機関に対し検査内容等を照会させていただきます。

なお、初回精密検査については、肝炎ウイルス検査（検診）を受けた自治体がフォローアップを実施していない場合は、不承認となりますのでご了承ください。

なお、本事業で入手した個人情報につきましては、本事業のみで使用し、その他の目的に用いることはありません。

記載例

申請日	令和 5 年 4 月 1 日		
申請者名	神奈川県 太郎	助成対象者との続柄	■ 本人 □ 配偶者 □ 親 □ 子 □ その他（ ）
住所	横浜市中区日本大通 1	申請者電話番号	(045) 210 - 1111

1. 助成対象となる方についてご記入ください

神奈川県で肝炎治療受給者証の申請手続きをされた方は受給者番号を書いてください。

5	1	2	2	2	2	2
---	---	---	---	---	---	---

フリガナ	カナガワ タロウ	性別 (該当するものに○印)	男 ・ 女
氏名	神奈川県 太郎		
郵便番号	231 - 8588	電話番号	(045) 210 - 1111
生年月日	大正 昭和 平成 22 年 2 月 2 日		
フリガナ	カナガワ ケン	ヨコハマ シ	ナカ ク
住所	神奈川県 横浜 市 中 区 日本大通 1	省略しないで書いてください	

2. 加入している医療保険についてご記入ください

被保険者氏名	神奈川県 太郎	申請者との続柄	本人 □ 配偶者 ・ 親子 ・ 兄弟姉妹 ・ その他（ ） (該当するものに○印)
保険種別	協会けんぽ ・ 組合 ・ 船員 ・ 日雇 ・ 後期高齢 ・ 共済 ・ 国保 ・ 退職国保国組 ・ その他（ ） (該当するものに○印)	被保険者証の記号 ・ 番号	71234567 8910
被保険者証発行機関名	全国健康保険協会 神奈川県支部	保険者番号	01140011

3. 振込口座を記載してください

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義人 カタカナで記入してください
横浜 銀行 信用金庫 信用組合 農協	県庁 支店 支所 出張所	1 普通 2 当座	2 2 2 2 2 2 2	カナガワ タロウ

※ 空欄がある場合、振込みできない場合がありますので、必ず御記入ください。
※ ゆうちょ銀行を御利用の方は、他の金融機関から振込を受ける専用の支店番号や口座番号が必要になりますので、必ず御記入ください。

裏面にも記載してください。

記載例

計 算 書

定期検査の自己負担額一覧（1回につき）

階層区分		慢性肝炎	肝硬変・肝がん	助成対象
甲	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円未満の世帯に属する者	2,000円	3,000円	H29.4以降に検査を実施した分
		3,000円	6,000円	H28.4～H29.3に検査を実施した分
乙	非課税世帯に属する者	0円	0円	H27.4以降に検査を実施した分

4 年度分

- ・年度ごとに作成してください。
- ・「年度」とは、4月1日から翌年3月末日までをいいます。

1回目

血液検査と画像検査のセットで1回と数えます

※太枠内のみ記載してください

領収書	4 年 9 月 20 日分	5,000	円
	4 年 9 月 27 日分	6,114	円
	年 月 日分		円
	年 月 日分		円
	合計 ①	11,114	
	自己負担額 ②	2,000	円
	③=①-②	9,114	円

領収書の支払った金額を書いてください。

定期検査は「自己負担額一覧」で該当する金額を書いてください。
精密検査は記載不要です。

助成対象外	ウイルス性肝炎関係検査以外の診療点数	点	保険適用外のもの	円
審査後決定額 ④		円		

診療明細書をもとに県にて審査を行います。

2回目

血液検査と画像検査のセットで1回と数えます

※太枠内のみ記載してください

領収書	5 年 3 月 14 日分	5,000	円
	5 年 3 月 21 日分	6,114	円
	年 月 日分		円
	年 月 日分		円
	合計 ⑤	11,114	円
	自己負担額 ⑥	2,000	円
	⑦=⑤-⑥	9,114	円

領収書の支払った金額を書いてください。

定期検査は「自己負担額一覧」で該当する金額を書いてください。
精密検査は記載不要です。

助成対象外	ウイルス性肝炎関係検査以外の診療点数	点	保険適用外のもの	円
審査後決定額 ⑧		円		

審査後の金額を県にて記載するため、ここには記載しないでください。

合計

支払額合計 ④+⑧	円
-----------	---