（様式第 4 号）

肝炎定期検査費用請求書

大阪府知事　殿

肝炎定期検査に要した費用を下記のとおり請求します。　　年　　月　　日

請求者（検査を受けた方）

フリガナ		性別	生　年　月　日	
氏　　名		男・女	年　　月　　日生	
住　　所	〒　　－ 大阪府 電話番号　　（　　）			
加入医療保険	被保険者氏名		続柄	本人　・　家族
	保険種別	協・組・共・国・後	記号・番号	
	保険者名			

確認項目

☐ 今年度１回目もしくは２回目の請求です。（初回精密検査費用助成を含む）

☐ 診断名は肝炎ウイルスによる慢性肝炎、肝硬変、肝がんのいずれかです。

☐ 検査日は肝炎治療受給者証の有効期間内ではありません。

☐ 検査日は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の助成（還付）を受ける月ではありません。
もしくは上記事業の参加者証は持っていません。

＜今までに本助成を利用したことがある方＞

☐ 診断名は前回請求時と同じです。

＜今年度２回目の請求をされる方＞

☐世帯構成は前回請求時と同じです。

振込先口座

金融機関名	銀行　　支店									
預金種別	普通　・　当座	口座番号								
口座名義	（フリガナ）									
	（　漢　字　）									

委任欄　※請求者（検査を受けた方）と振込先の口座名義人が異なる場合に記入してください。

受任者（振込口座名義人）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、上記の者を代理人と定め、大阪府から受領する肝炎検査費用について、一切の権限を委任します。

委任者（検査を受けた方）　　年　　月　　日

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿

・マイナンバー利用による申請を希望する場合は、別紙「世帯調書（様式第６号）」を提出してください。

・市町村民税合算除外希望申請をされる方は裏面もご記入ください。

世帯の市町村民税（所得割）が 23 万 5000 円以上の場合のみ

市町村民税額合算対象除外希望者申請書

下記世帯員の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。

氏　　名		氏　　名	
氏　　名		氏　　名	
氏　　名		氏　　名	

＜確認項目＞

□ 請求者と配偶者の関係ではありません。

□ 請求者と地方税法上、医療保険上と扶養関係ではありません。

□ 請求者とその配偶者、除外を希望する世帯員が加入している医療保険が分かる書類を添付します。

【申請書類】

1　肝炎定期検査費用請求書（様式４号）

2　大阪府肝炎専門医療機関で発行された領収書　　（原本）

3　大阪府肝炎専門医療機関で発行された診療明細書（原本）

4　世帯全員の住民票の写し（原本）

5　世帯全員の課税証明書　（原本）

※④、⑤は同一年度に「定期検査費用の助成を受けた方」、「肝炎治療受給者証の交付を受けた方」は、以前の申請時の内容と変更がない場合、添付を省略することができます。

6　医師の診断書（様式５号）

※「本助成を受けたことがある」もしくは「１年以内に肝炎治療受給者証交付を受けたことがある」方は省略できます。

7　肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書（初めて申請する方のみ）

8　世帯調書（様式６号）　（マイナンバー利用により一部書類省略を希望する場合）

※世帯全員の世帯情報（マイナンバー含む）をご自身で記入した「世帯調書」を添付することで、「4　世帯全員の住民票の写し」と「5　世帯全員の市町村民税課税（非課税）証明書」を省略することができます

【留意事項】

・提出いただいた領収書、診療明細書の原本は、お手続き完了後にご返却します。

・申請書類について確認が必要な場合、請求者様にご連絡させていただくことがあります。

【お問い合わせ先・請求先】

〒540-8570

大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課生活習慣病・がん対策グループ（肝炎担当）

電話番号：06-6941-0351（内線 2592）　　FAX：06-6944-7262