

定期精密検査 申請書 記入例

様式 2 - 2

保健所受付印

肝炎検査（定期精密検査）費用助成金申請書

島根県知事 様

西暦または和暦

島根県肝炎等精密検査費用助成事業実施要綱の規定により、下記のとおり申請します。

※太枠内を記入してください。

申請日 **2019** 年 **4** 月 **1** 日

フリガナ	シマネ タロウ		性別	生 年 月 日		
氏 名 (申請者)	島根 太郎		男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	明 昭 大 平	1 年 1 月 1 日生	
住 所	〒 690 - 8501					
	島根県 松江市 殿町 1番地					
電話番号（日中連絡が取れる電話番号）： 0852 (12) 3456						
加 入 医療保険	被保険者 氏 名	島根 太郎		対 象 者 との続柄	本 人	
	保険種別	<input checked="" type="radio"/> 協 組・船・共・国・後		被保険者証の 記 号・番 号	000000 000	
	被保険者証 発行機関名	全国健康保険協会 ○○支部				
	所 在 地	松江市○○町 1番地				
振込口座 ※申請者 名の口座	フリガナ	シマネ タロウ				
	口座名義	島根 太郎				
	金融機関名	○ ○ <input checked="" type="radio"/> 銀行・組合		○ △ <input checked="" type="radio"/> 支店・支所		店・出張所
口座種別		<input checked="" type="radio"/> 普通・当座		口座番号	1 2 3 4 5 6 7	

※申請者と口座名義人が異なる場合は委任状（様式5）を添付してください

自己負担額 (複数日ある場合) ※検査日ごとに 記載してください	年	月	日	円	
	年	月	日	円	
	年	月	日	円	
	年	月	日	円	
合 計 額				円	

助成対象額 (※2)	
円	
助成決定額	
円	

- ※1 助成対象額は助成対象項目分のみとなりますので、自己負担額と異なる場合があります。
- ※2 助成対象額から自己負担限度額を控除した額が助成決定額となります。
- ※3 申請書は申請回数毎にご記入ください。

—検査印押印欄—

※県整理欄

病	態	慢性肝炎・肝硬変・肝がん
階層区分		非課税・課税
自己負担額		0円・2千円・3千円