

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（精密検査）

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。

自治体、職域、妊婦健診及び手術前において実施される肝炎ウイルス検査を受けたことを確認するため必要があるときには、医療機関に照会を行い、確認させていただきます。

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 8 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<br>(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 33 年 3 月 3 日 |  |  |  |                   |  |       |  |
| フリガナ | カナガワ ケン ヨコハマ シ ナカク ニホン オオ ドオリ |  |      |                    |  |      |                       |  |  |  |                   |  |       |  |
| 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<br>カタカナで記入してください |
| 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農協 | 支店<br>支所<br>出張所 | 1 普通<br>2 当座 | 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。