

肝炎検査費用請求書（初回精密検査）

年 月 日

愛知県知事 殿

肝炎検査（初回精密検査）に要した費用を下記のとおり請求します。

※太枠内の該当部分を全て記入してください。太枠以外の欄は記入しないでください。

請求金額	円
支給決定額	円

請求者氏名

※対象者本人と請求者（振込先の口座名義人）が異なる場合は、裏面の委任状に記入してください。

フリガナ			性別	生年月日		
対象者氏名			男 女	年	月	日生
住 所	〒 -					
	電話番号 ()					
加入医療 保 険	被 保 険 者 氏 名			対 象 者 との続柄		
	保 険 種 別	協・組・共・国・後	被 保 険 者 証 の記号・番号			
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名					
	所 在 地					
振 込 先 金 融 機 関 名	銀行			支店 (ゆうちょ銀行の場合は支店番号)		
口 座 種 別	普通・当座 (○で囲む)		口 座 番 号			
口 座 名 義 人	(フリガナ)					
	(漢字)					
職域の肝炎ウイルス検査を実施した医療機関への照会の同意	<input type="checkbox"/> 愛知県が上記申請者が職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けたことを確認するため、添付の肝炎ウイルス検査結果通知書又は職域検査受検証明書に記載の医療機関に照会を行うことに同意します。		妊婦健診又は手術前検査の陽性者の方で検査結果通知日から1年以上経過して申請する場合は右の理由欄にレ印又はその他の理由を記載	<input type="checkbox"/> 出産又は育児により多忙なため <input type="checkbox"/> 手術後の長期入院等により申請が困難であったため <input type="checkbox"/> その他(下記に理由を記載 ())		

※「職域の肝炎ウイルス検査を実施した医療機関への照会の同意」欄には、対象者本人が同意する場合にレ印を記入してください。

添付書類及び注意事項

添付書類

- ①医療機関の領収書【原本】、②医療機関の診療明細書又は別紙様式4【いずれも原本】、③医療保険証の写し、
- ④フォローアップ事業参加同意書の写し、⑤振込先金融機関の口座がわかる書類（預金通帳のコピー等）、
- ⑥保健所、市町村、職域、手術前検査で実施した肝炎ウイルス検査の結果通知書（検査結果通知書の発行日が請求時において原則1年以内のもの、写し可。ただし、妊婦健診での陽性者の場合は母子健康手帳に検査日等が確認できない場合のみ必要）又は母子健康手帳の写し（検査日、検査結果が把握できるページの写し）、
- ⑦職域検査受検証明書（職域の陽性者で、保有している場合のみ。ただし、検査結果通知書から職域での受検が把握できる場合は不要）、
- ⑧肝炎ウイルス検査後に受けた手術に係る手術料が算定されたことが確認できる診療明細書（手術前検査の陽性者のみ）

注) 医療機関によっては、診療明細書（別紙様式4）の発行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。また、助成の対象となる検査項目は限定されていますので、詳しくは受検する医療機関にお問い合わせください。

委 任 状

受任者（請求書の請求者）

住 所

氏 名

私は、上記の者を代理人と定め、愛知県から受領する肝炎検査費用の請求及び受領について、一切の権限を委任します。

年 月 日

委任者（請求書の対象者）

住 所

氏 名