

肝炎検査費用請求書 (初回精密検査)
(表)

静岡県知事 様

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。
※検査対象者と請求者 (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。

保険診療分検査対象者 請求者
一部負担合計額
円
査定合計額
円

年	月	日
(千	—)
住	所	
氏	名	
電	話	番
号	—	—
検査対象者との続柄		

(検査対象者)

ふりがな	性	別	生	年	月	日
対象者氏名	男	・	女	年	月	日
住	所	〒 — 静岡県 電話番号 — —				
保険区分	被	保	険	者	氏 名	
	保	険	種	別	協	・
	保	険	者	証	の	記
	保	険	者	名	号	番
	保	険	者	名		

(振込先口座)

金融機関名 (該当に○)、支店名	預金種別 (該当に○)、口座番号	口座名義人 (請求者本人)
銀行・信金・信組 農協・労金	普通預金 ・ 当座預金 (総合口座)	カナ
支店		漢字

(職域の肝炎ウイルス検査を受けた場合の医療機関への照会)

(対象者本人が同意する場合チェックを入れてください。)

<input type="checkbox"/>	静岡県が、上記対象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必要があるときは、上記対象者が職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けたかどうかについて、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い、当該医療機関から回答を受けることに同意します。
--------------------------	---

- (注) 1 太枠内の該当事項は、全て請求者が記入してください。太枠以外の欄は記入しないでください。
2 市町健康増進事業で陽性と判明した方については、市町のフォローアップ事業への同意が条件となりますので、お住まいの市町に市町フォローアップ事業への同意の有無について照会します。

【提出書類一覧】

- ① 肝炎検査費用請求書 (様式第3号)
- ② フォローアップ事業参加同意書の写し (様式第1号又は市町の定める様式)
- ③ 領収書 (医療機関で発行した原本)
- ④ 診療明細書 (医療機関で発行した原本)
- ⑤ 肝炎ウイルス検査「陽性」結果通知書の写し ※ (妊婦健診の肝炎検査を受けた場合は、母子健康手帳により検査日等が確認できない場合に限る)

※精密検査を受けるきっかけとなった市町肝炎ウイルス検査等の結果通知であって、初めて精密検査をした際の結果通知ではありません。

【受付印押印欄】

- ⑥ 振込先の口座番号等が確認できる資料 (通帳の写し等)
- 以下、該当する場合に提出が必要です。

(職域の肝炎ウイルス検査を受けた場合)

- ⑦ 職域検査受検証明書 (様式第3号の2) (保有している場合に限る)

(妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合)

- ⑧ 母子健康手帳の表紙、肝炎ウイルス検査日及び検査結果が確認できるページの写し

(手術前の肝炎ウイルス検査を受けた場合)

- ⑨ 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

(裏)

委 任 状

私は、以下の者を代理人と定め、下記事項を処理する一切の権限を委任します。

代理人
住 所
氏 名

記

委任事項 (※該当する項目 (請求・受領) を○で囲む)

静岡県肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業
における検査費の (請求 ・ 受領) 事務

年 月 日

(委任者：請求書の検査対象者)

住 所

氏 名