

肝炎検査費用請求書（初回精密検査）

年 月 日

(宛先)
埼玉県知事

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。

請求者氏名： _____ 印

請求金額： _____ 円

| | | | | |
|---|---|-----------|-----------------|--|
| 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 | | 請求者 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 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) | | | |
| 口座番号 | 普通・当座 (○で囲む) 口座番号 _____ () | | | |
| (フリガナ) 口座名義人 | _____ (※フリガナを必ずご記載ください。) | | | |
| 受検した 肝炎ウイルス検査の 実施主体 〔 該当するものに レ印 〕 | <input type="checkbox"/> 市町村が実施する肝炎ウイルス検査又は肝炎ウイルス検診 <input type="checkbox"/> 保健所の肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 県が委託した医療機関の肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 職場における肝炎ウイルス検査 | | | |
| 職場の肝炎ウイルス 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 場合にレ印 〕 | <input type="checkbox"/> 県が、上記対象者が職場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、上記対象者が職場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 初回精密検査の場合の添付書類

- ①医療機関の領収書
- ②診療明細書
- ③肝炎ウイルス検査の結果通知書（コピー可）
- ④職域検査証明書（職場の肝炎ウイルス検査を受けた場合で、保有している場合のみ）
- ⑤住民票（マイナンバー記載なし、申請日以前3か月以内に発行のもの）
- ⑥フォローアップ事業参加同意書（コピー可）
- ⑦振込先口座がわかる書類（通帳のコピー等）

2 医療機関によっては、診療明細書に費用がかかる場合がありますが、その費用は助成対象外となります。

3 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、委任状を添付してください。