

肝炎検査費用請求書（初回精密検査）						
福井県知事 様					年 月 日	
氏名 (発行責任者及び担当者)						
請求者 住所						
連絡先 (電話番号)						
下記のとおり肝炎検査（初回精密検査）に要した費用を請求します。						
フリガナ		性別	生 年 月 日			
対象者 氏名		男 女	年 月 日生			
住 所	〒 ー					
	電話番号 () ー					
加入医療 保 険	被保険者 氏 名		保 険 種 別	1 協会 2 組合 3 船員 4 共済 5 国保 6 後期高齢者	続柄	1 本人 2 家族
	被保険者証 記号・番号					
	被保険者証 発行機関名		同 所在地			
振込先 (請求者名 義の口座)	銀行 金庫 農協	支店 支所	口座 番号			
請求額 <u>金</u> <u>円</u>						
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 (レ印)	□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。					

【添付書類】

<input type="checkbox"/>	医療機関の発行した領収書（原本）
<input type="checkbox"/>	診療明細書（原本）
<input type="checkbox"/>	肝炎ウイルス検査結果通知書
<input type="checkbox"/>	フォローアップの同意書
<input type="checkbox"/>	通帳の口座情報が確認できる部分（通常は表紙の裏側）のコピー
<input type="checkbox"/>	職域検査受検証明書（様式第3号-2）（職域の肝炎ウイルス検査を受けた場合）
<input type="checkbox"/>	母子健康手帳の検査日、検査結果が確認できるページのコピー（妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合）
<input type="checkbox"/>	肝炎ウイルス検査後に受けた手術に係る手数料が算定されたことが確認できる診療明細書（手術前の肝炎ウイルス検査を受けた場合）

※ 医療機関によっては、診療明細書等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。

※ 請求者と対象者の住所・連絡先が同一の場合、対象者住所欄に「同上」と記入してください。

※ 「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」の欄には、対象者本人が同意する場合にレ印を記入してください。