

肝炎検査費用請求書（初回精密検査）

年 月 日

三重県知事 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。

請求金額： _____ 円

請求者氏名： _____

フリガナ		性 別	生 年 月 日	
対象者氏名			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	記号・番号	
	保険者名			
	所 在 地			
振込口座	フリガナ			
	口座名義			
	金融機関名		店舗名	
	口座種別		口座番号	
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）	<input type="checkbox"/> 三重県が、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 「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。

注2 本請求書に医療機関の領収書、診療明細書及び肝炎ウイルス検査の結果通知書（妊婦健診の肝炎ウイルス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。）を添付してください。

注3 職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けた場合は、職域検査受検証明書（保有している場合に限る。）及び陽性者フォローアップの同意書（同意をしていない場合に限る。）も添付してください。

注4 妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、母子健康手帳の検査日、検査結果が確認できるページの写し及び陽性者フォローアップ同意書（同意をしていない場合に限る。）も添付してください。

注5 手術前の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、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及び陽性者フォローアップ同意書（同意をしていない場合に限る。）も添付してください。

注6 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、その費用は自己負担となります。

注7 対象者本人と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。

注8 内容審査の上、対象費用と認めた額を支払います。申請から支払まで2か月程度かかります。

本助成は、三重県や市町が実施する陽性者のフォローアップに同意していること等が必要です。詳しくは最寄りの保健所にお問い合わせください。