

(別紙様式 1 - 1)

肝炎検査費用請求書（初回精密検査）

山形県知事 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。

また、山形県が、下記対象者が助成対象であることを確認するため必要があるときは、市町村や医療機関に対し、陽性者フォローアップ事業への同意状況や肝炎ウイルス検査の受検状況について照会を行い、回答を受けることに同意します。

令和 年 月 日

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		男 女	大 平 昭 令	年 月 日生
住 所	〒 ー			
	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	
	被保険者証 発行機関名			
	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	
陽性判定を 受けた検査	該当する検査にチェック、括弧内の該当するものを○で囲んでください。 <input type="checkbox"/> 県が実施した肝炎ウイルス検査（保健所 ・ 委託医療機関） <input type="checkbox"/> 市町村が実施した肝炎ウイルス検査 （健康増進事業 ・ 妊婦健診 ・ 保健所 ・ その他） <input type="checkbox"/> 職域の肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 手術前の肝炎ウイルス検査			

※ 本請求書に添付していただく書類（⑤及び⑥は受けた検査に応じて必要となる書類です）

①医療機関の領収書

②診療明細書（別紙様式 2）

③肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書（別紙様式 3）

④肝炎ウイルス検査の結果通知書（県の検査を受けた方は不要です）

又は母子健康手帳の検査日・検査結果の確認できるページの写し

⑤職域の肝炎ウイルス検査を受けたことについての証明書（保有していなければ不要です）

⑥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

※ 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。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。