

# 肝炎検査費用請求書（初回精密検査）

年 月 日

奈良県知事 殿

肝炎検査（初回精密検査）に要した費用を次のとおり請求します。

申請者 (検査を受けた本人)	フリガナ			性別	生 年 月 日	
	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			申請者との続柄	
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						
振込先	フリガナ					
	口座名義					
	金融機関名			店舗名		
	口座種別	普通・当座		口座番号		
					(注意)下記は記入しないでください	
				相手方コード		
<b>※ 申請者と口座名義人が異なる場合は、委任欄に必ず署名してください。</b>						
委任欄		私は、標記検査費用の受領の権限を、代理人： _____ (続柄： _____) に委任します。 申請者 _____				
請求金額		_____ 円 (請求金額は決定金額ではありません。)		※請求金額には、本事業対象経費(肝炎検査費)のみ記載してください。 (診療明細書の内容によっては、請求額と支給額が異なる場合があります。) ※【県保健所記入欄】 支給決定額 _____ 円		
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(し印)		<input type="checkbox"/> 奈良県が、上記申請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、上記申請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。				
<p>③ ①・②とも、いずれかに☑して下さい。</p> <p>① <input type="checkbox"/> 福祉医療費助成を受けている。  <input type="checkbox"/> 子ども医療費助成  <input type="checkbox"/> 重度心身障害老人等医療費助成  <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成  <input type="checkbox"/> 心身障害者医療費助成  <input type="checkbox"/> 福祉医療費助成を受けていない。</p> <p>② <input type="checkbox"/> 精神障害者医療費助成を受けている。……  精神障害者医療費助成(一般または後期高齢)  <input type="checkbox"/> 精神障害者医療費助成を受けていない。</p> <p style="text-align: center;"><b>助成を受けている方は、同意欄に☑をしてください。</b></p>						
同意	<input type="checkbox"/> 県から検査費用の支払を受けた場合は、必要事項(氏名、生年月日、性別、住所、医療機関名、診療月及び支払額)を市町村担当課と共有することに同意します。					

※ 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です。

※ 交付決定をした旨のご連絡はいたしません。申請から支払いまで2ヶ月程度を要します。

添付書類	<input type="checkbox"/> 初回精密検査に係る専門医療機関の領収書と診療明細書(原本) <input type="checkbox"/> 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1) (原本又は市町村のフォローアップ事業へ同意し、市町村へ同意書を提出している場合はその写し)	
	a~dのうちいずれか(陽性と判明した肝炎ウイルス検査の実施機関により異なります。)	a 県が実施する肝炎ウイルス検査若しくは市町村が実施する健康増進事業に基づく肝炎ウイルス検診を受けた場合 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査又は肝炎ウイルス検診の結果通知書の写し b 職域の肝炎ウイルス検査を受けた場合 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査の結果通知書の写し <input type="checkbox"/> 職域検査受検証明書(別紙様式6)……検査の結果通知により職域の肝炎ウイルス検査を受けたことを確認できる場合は、省略可とする。 c 妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の表紙(交付年月日、妊婦の氏名の記載があるもの)の写し及び検査日、検査結果が確認できるページの写し(母子健康手帳により検査日等が確認できない場合は、医療機関が発行する検査結果通知書の写し) d 手術前の肝炎ウイルス検査を受けた場合 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査の結果通知書の写し <input type="checkbox"/> 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(原本)