

(注) こちらには記入しないでください

様 式 3

決 定 金 額 : 円

肝炎検査費用請求書 (初回精密検査) (年度)

年 月 日

愛媛県知事 様

肝炎検査 (初回精密検査) に要した費用を上記のとおり請求します。

請求金額 : 円

(請求者) 住所 : 電話番号 - -

氏名 : 印 (対象者との続柄)

| | | | | |
|-----------------------------|--|-----------|-----------------------|-----------------|
| フリガナ | | | | 生 年 月 日 |
| 対象者氏名 | | | | 年 月 日生 |
| 住 所 | 〒 - 電話番号 () | | | |
| 対象者の 加入医療 保険 | 被保険者 氏 名 | | | 対 象 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 (請求者名 の口座) | 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 |
| 病 態 (レ印) | 該当する診断名、項目にチェック、○をしてください。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる、C型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる、C型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 肝がん (B型肝炎ウイルスによる、C型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> その他 () | | 受診医療 機関名 (医師氏名) | (担当医師 :) |
| 職域検査の医 療機関等への 照会 (レ印) | <input type="checkbox"/> 愛媛県が、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かどうかについて、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等に照会を行い、当該医療機関等から回答を受けることに同意します。 | | | |

※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 (請求日から1年以内に発行されたもの) を添付してください。

※医療機関によっては、診療明細書や診断書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。

※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。

※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。

※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。