

(様式 13-1)

※保健所記入欄

※審査決定額は、記入しないでください。

区分	①保健所	②市町村（健康増進事業）
	③職域	④手術前検査

審査決定額	円
-------	---

肝炎検査費用請求書（初回精密検査）

年 月 日

茨城県知事 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： 印

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 ()						
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			
本助成制度（初回精密検査費用助成）の利用歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
【手術前検査に限る】 検査結果通知書の発行日から1年以内に請求できなかった場合の特段の事情							
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"/> 茨城県が、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。 <small>※対象者本人が同意する場合にレ印を記入してください。</small>						

※本請求書に、①医療機関の領収書、②診療明細書、③肝炎ウイルス検査の結果通知書、④フォローアップ参加同意書（同意をしていない場合に限る）、⑤加入被保険者証の写し、⑥振込先金融機関の口座がわかる書類（預金通帳の写し等）を添付してください。

・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。）も添付してください。また、肝炎ウイルス検査の結果通知書に結果通知書の発行日、事業所名又は医療保険者名が記載されている場合は、該当部分の写し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も添付してください。

※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。