

肝炎検査費用請求書 (初回精密検査)

年 月 日

福島県知事 様

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	〒 _____ (_____)						
加入医療保険	被保険者氏名	請求者の続柄					
	協・組・共・国・後	被保険者証の記号・番号					
	所在地						
	フリガナ						
	口座名義人						
振込口座	金融機関名	店舗名					
	口座種別	普通・当座	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 (シ印)	<input type="checkbox"/> 福島県が、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。 ※ 対象者本人が同意する場合にシ印を記入してください。 当該医療機関への照会時に同意書の添付を求められた場合は、振込口座欄を黒塗りした本請求書の写しを県から当該医療機関へ提出することがあります。						
添付書類	<input type="checkbox"/> 医療機関の領収書 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査の結果通知書 <input type="checkbox"/> フォローアップ事業参加同意書 <input type="checkbox"/> 通帳 (金融機関・支店名、口座名義人、口座番号及び口座種別が記載されている部分) の写し ※裏面に続く						

添付書類 該当者のみ	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 職域検査の場合 職域の検査であることが確認できる書類（職域検査受検証明書の原本等：保有している場合）<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査の場合 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<input type="checkbox"/> 手術前検査の場合 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
---------------	--

※ 医療機関の領収書、診療明細書は、いずれも写しでもかまいません。

※ 医療機関によっては、診療明細書等に費用がかかるとありますが、その費用は助成対象外となり
ます。

※ 内容審査の上、対象経費と認められた額を支払います。