

石川県肝疾患検査費用請求書(初回精密検査)

年 月 日

石川県知事 様

肝疾患検査(初回精密検査)に用いた費用を下記のとおり請求します。

請求金額: \_\_\_\_\_ 円

太枠の中をご記入ください。

|  |  |                         |                 |        |
|--|--|-------------------------|-----------------|--------|
| フリガナ   |  | 性別                      | 生年月日            |        |
| 対象者氏名  |  | 男・女                     | 明昭<br>大平        | 年 月 日生 |
| 住 所  | 〒 _____<br>電話番号 ( _____ )  |                         |                 |        |
| 加入医療<br>保 険  | 被保険者<br>氏 名  |                         | 続柄              | 本人・家族  |
|  | 保険種別   | 協会・組合・船員・共済<br>国保・後期高齢者 | 被保険者証の<br>記号・番号 |        |
|  | 被保険者証<br>発行機関名   |                         |                 |        |
|  | 所在地  |                         |                 |        |
| 振込口座<br>(請求者名<br>義の口座)                               | フリガナ   |                         |                 |        |
|  | 口座名義   |                         |                 |        |
|  | 金融機関名  | 支店等名                    | 支 店<br>出張所      |        |
|  | 口座種別   | 口座番号                    |                 |        |
| 職域の肝炎<br>ウイルス検査<br>を受けた場<br>合の検診機<br>関への照会<br>(レ印)※1 | <input type="checkbox"/> 石川県が、上記対象者が職域の肝炎ウイルス検査を受け、陽性と判定されたことを確認するため必要があるときは、上記対象者が職域の肝炎ウイルス検査を受け、陽性と判定され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場の検診で行う肝炎ウイルス検査受検証明書に記載の検診機関に照会を行い、当該検診機関から回答を受けることに同意します。 |                         |                 |        |

次の書類を添付すること。

【初回精密検査】

- 検査を受けた医療機関が発行した領収書
- 検査を受けた医療機関が発行した診療明細書 ※2
- 石川県肝炎診療連携参加同意書の写し
- 振込先金融機関の口座が分かる書類(預金通帳の写し等)
- 肝炎ウイルス検査結果通知書の写し※3
- 職場の検診で行う肝炎ウイルス検査を受検したことが分かる証明書 ※4、※5
- 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※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※7

※1 対象者本人が同意する場合にレ印を記入してください。

※2 医療機関によっては、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。

※3 妊婦健診の肝炎ウイルス検査で陽性と判定された方は母子健康手帳で検査日が確認できない場合のみ必要となります。

※4 職域の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された方のみ添付資料として必要となります。

※5 職域の検査である旨の記載がある書類の提出がある場合は不要です。

※6 妊婦健診の肝炎ウイルス検査で陽性と判定された方のみ添付資料として必要となります。

※7 手術前の肝炎ウイルス検査で陽性と判定された方のみ添付資料として必要となります。