

(別紙様式 7-1)

| | |
|-------|---|
| 審査決定額 | 円 |
|-------|---|

※二重枠は、記入しないでください

肝炎検査費用請求書（初回精密検査）

令和 年 月 日

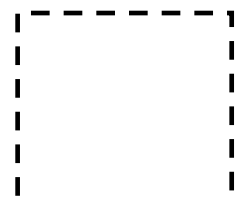
群馬県知事 様

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

| | | | | |
|-------------------------|---|----------------|-----------------|----------------|
| フリガナ | | 性別 | 生 年 月 日 | |
| 請求者 (受診者) 氏 名 | | 男・女 | 年 月 日生 | |
| 請求者 (受診者) 住 所 | 〒 - | | | |
| | 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 | 銀行・組合 金庫・農協 | 支店名 | 本店・本所 支店・支所 |
| | 口座種別 | 普通・当座・貯蓄 | 口座番号 | |
| 職域の肝炎検査を受けた医療機関への照会（シ印） | <input type="checkbox"/> 県が、上記請求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、上記請求者が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。 | | | |

※申請に当る添付書類等は、裏面をご確認ください。



委 任 状

私(委任者氏名) _____ は、

肝炎検査費用(初回精密検査)の受領に関する権限を、

表面の口座名義人(口座名義人氏名) _____ に委任いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

委任者

住 所 _____

氏 名 _____

(自署で記入して下さい。)

【申請に当たっての添付書類等】

- ※ 「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」の欄には、対象者本人が同意する場合にシ印を記入してください。
- ※ 本請求書に医療機関の領収書、診療明細書、振込先の預金通帳の口座番号が分かるページの写し、肝炎ウイルス検査の結果が分かる書類及びフォローアップ事業参加同意書またはその写し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、職域検査証明書(保有している場合に限る。)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、又は母子健康手帳の交付者が分かるページの写しと医療機関が発行する検査結果通知書の写しを添付してください。
- ※ 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、診療明細書等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。
- ※ 請求者(受診者)と口座名義人が異なる場合は、委任状に必要事項を記入してください。
- ※ 内容審査の上、対象費用と認められた額を支払います。申請から支払まで2か月程度かかります。