

(別記第1-1号様式)

肝炎検査（初回精密検査）費用助成申請書

年 月 日

山口県知事 様

関係書類を添えて下記のとおり肝炎検査（初回精密検査）に要した費用を申請します。

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	明昭 大平	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・船・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	
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"/> 山口県が、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。			

【添付書類】

- 1 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（妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、母子健康手帳により検査日等が確認できない場合に限る。）
- 2 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
- 3 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
- 4 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

※1 費用助成の承認・不承認の決定通知は、記載の住所に送付します。

※2 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（本事業の助成を受けるため、診断書等を医療機関に求める際には、県健康福祉センター（下関保健所含む）受付印を押印した本申請書を確認のためお見せください）。

フォローアップ事業説明済

県健康福祉
センター等
受付印