

(表面)

別紙様式 1

肝炎ウイルス初回精密検査費用請求書

年 月 日

青森県知事 殿

肝炎ウイルス初回精密検査に要した費用を下記のとおり請求します。
なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。

請求者（対象者）氏名： _____

性別	生 年 月 日		
男 女	明 昭 大 平	年 月 日生	
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・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	当座・普通	口座番号
職域の肝炎ウイルス検査を受けた場合の 検診機関への照会（レ印）	<input type="checkbox"/> 青森県が、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。		

(青森県記入欄)

決定額	百万	十万	万	千	百	十	円
-----	----	----	---	---	---	---	---

(裏面)

委任状

受任者(表面請求書の口座名義人)

住所

氏名

印

私は、上記の者を代理人と定め、青森県から受領する肝炎ウイルス初回精密検査費用の受領について、一切の権限を委任します。

年 月 日

委任者(表面請求書の請求者)

住所

氏名

印

注 受任者の印は、委任者の印と異なるものを押印すること。

(市町村・保健所記載欄)

下記項目について記入若しくはチェックをしてください。

○肝炎ウイルス検査日、結果通知日(原則として結果通知日から1年以内に本事業への費用請求が必要です。)

検査日：____年__月__日 通知日：____年__月__日

※精密検査の検査日の記載は不要です。

○肝炎ウイルス検査結果

B型 陽性 陰性

C型 陽性 陰性

○フォローアップへの同意の有無

フォローアップに同意している

注1 本請求書に以下の書類を添付してください。

- (1) 県、青森市及び八戸市が行う肝炎ウイルス検査又は市町村（青森市、八戸市を除く）が行う健康増進事業の肝炎ウイルス検診において陽性と判定された方
 - ア 検査を受けた医療機関が発行した医療機関の領収書
 - イ 検査を受けた医療機関が発行した医療内容、保険点数等が記載された書類（診療明細書）
 - ウ 初回精密検査費用振込先金融機関の口座の分かる書類（通帳の写し等）
 - エ 申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し、医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」若しくは「資格確認書」又はマイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」等
 - オ 肝炎ウイルス検査（肝炎ウイルス検診）結果通知書の写し（県が行う肝炎ウイルス検査において陽性と判定された場合を除く）
 - カ 肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書の写し
- (2) 職域の肝炎ウイルス検査によって陽性と判定された方
 - ア 検査を受けた医療機関が発行した領収書
 - イ 検査を受けた医療機関が発行した医療内容、保険点数等が記載された書類（診療明細書）
 - ウ 初回精密検査費用振込先金融機関の口座の分かる書類（通帳の写し等）
 - エ 申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し、医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」若しくは「資格確認書」又はマイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」等
 - オ 肝炎ウイルス検査結果通知書の写し
 - カ 肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書の写し
 - キ 職域検査であることが確認できるもの（上記オ又は職域検査受検証明書（別紙様式2））

なお、上記オ又は職域検査受検証明書（別紙様式2）から対象者が職域の肝炎ウイルス検査を受けたことが確認できない場合、県は、対象者本人の同意を得て、職域での肝炎ウイルス検査の実施に関する照会票（別紙様式3）により医療機関に照会を行うので、「職域の肝炎ウイルス検査を受けた場合の検診機関への照会」の欄には、対象者本人が同意する場合にレ印を記入してください。
- (3) 妊婦健診の肝炎ウイルス検査によって陽性と判定された方
 - ア 検査を受けた医療機関が発行した領収書
 - イ 検査を受けた医療機関が発行した医療内容、保険点数等が記載された書類（診療明細書）
 - ウ 初回精密検査費用振込先金融機関の口座の分かる書類（通帳の写し等）
 - エ 申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し、医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」若しくは「資格確認書」又はマイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」等
 - オ 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
 - カ 肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書の写し
- (4) 手術前の肝炎ウイルス検査によって陽性と判定された方
 - ア 検査を受けた医療機関が発行した領収書
 - イ 検査を受けた医療機関が発行した医療内容、保険点数等が記載された書類（診療明細書）
 - ウ 初回精密検査費用振込先金融機関の口座の分かる書類（通帳の写し等）
 - エ 申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し、医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」若しくは「資格確認書」又はマイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」等
 - オ 肝炎ウイルス検査結果通知書の写し
 - カ 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

キ 肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書の写し

- 2 医療機関によっては、診療明細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。
- 3 請求者は対象者本人です。(請求者氏名と対象者氏名は一致)
- 4 請求者(対象者)本人と振込先の口座名義人が違う場合は、委任状(裏面)を記入してください。