（様式３）

# 肝炎検査費用請求書（初回精密検査・定期検査）（　　年度　回目）

年　　月　　日

（宛先）秋田県知事

肝炎検査に要した費用を請求します。

請求者氏名：

請求金額※：　　円

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | | 性　別 | 生　年　月　日 |
| 対象者氏名 | | | 男　女 | 年　　月　　日生 |
| 住　　所 | 〒　　ー<br>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 | | 支店等名 | |
| | 口座種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 | |
| 本助成制度の利用歴（レ印） | ☐　なし　☐　あり | | | |
| 肝炎治療特別促進事業の医療費助成（レ印） | ☐　受給中でない　☐　受給中である | | | |
| 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（レ点） | ☐　秋田県が、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、当該医療委機関から回答を受けることに同意します。 | | | |
| 定期検査申請での省略書類（レ印） | ・以前に定期検査費用の支払いを受けた場合又は１年以内に肝炎治療特別促進事業で医師の診断書若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業で臨床調査個人票及び同意書を提出した場合（慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があった場合を除く。）<br>☐　医師の診断書 | | | |
| | ・同一年度内で、２回目の申請又は肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付の後本申請を行う際に、以前の申請時と同様の内容の書類である場合。<br>☐　世帯構成員の住民票の写し<br>☐　世帯構成員の課税等証明書等又は住民税非課税証明書（申請時に取得できる最新のもの）<br>☐　請求者の氏名が記載された被保険者証の写し<br>☐　市町村民税額合算対象除外希望申請書 | | | |
| | ・以前に提出した場合<br>☐　肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書 | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 添付書類 | 初回精密検査 | ☐　医療機関の領収書　☐　診療明細書　☐　請求者の氏名が記載された被保険者証の写し<br>☐　フォローアップ事業参加同意書　☐　肝炎ウイルス検査の結果通知書（妊婦健診は*がない場合）<br>☐　職域の肝炎ウイルス検査を受けたことについての証明書（本人が保有している場合）<br>☐　母子健康手帳の検査日・検査結果の確認できるページの写し*<br>☐　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 |
| | 定 期 検 査 | ☐　医療機関の領収書　☐　診療明細書　☐　請求者の氏名が記載された被保険者証の写し<br>☐　フォローアップ事業参加同意書　☐　医師の診断書　☐　世帯構成員の住民票の写し<br>☐　世帯構成員の課税等証明書等　（　☐　市町村民税額合算対象除外希望申請書　） |

※欄は記入しないでください。