別添様式７－１

肝炎検査費用申請書（初回精密検査）

申請金額： 　　　　　　　　　　　　　円

年　　　月　　　日

高知県知事　様

肝炎検査（初回精密検査）に要した費用を上記のとおり申請します。

（申請者）住所：

氏名： 　　　　　　　　　　印

電話番号　　　－　　　　－

（対象者との続柄：　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別 | 生　年　月　日 |
| 対象者氏名 |  | 男　女 |  | 年　　月　　日生 |
| 住　　所 | 〒　　　－電話番号　　　　（　　　　） |
| 対象者の加入医療保険 | 被保険者氏　　名 |  | 対 象 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（申請者名　の口座） | フリガナ |  |
| 口座名義 |  |
| 金融機関名 |  | 店舗名 |  |
| 口座種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |
| 受診した検査の種類 | * 県福祉保健所もしくは高知市保健所の無料の肝炎ウイルス検査
* 県が各イベント会場で行った無料の肝炎ウイルス検査
* 市町村が特定健診に合わせて行った肝炎ウイルス検査
* 職域健診で実施された肝炎ウイルス検査
* 医療機関で受診した無料の肝炎ウイルス検査
* 医療機関への入院時や手術時に有料（保険診療含む）で行った肝炎ウイルス検査
 |
| 職場健診の場合の照会 | * 高知県が、職域健診で受診した肝炎ウイルス検査であるかどうか確認するため必要があるときは、上記対象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。
 |

※本請求書に医療機関の領収書、診療明細書、肝炎ウイルス検査の結果通知書、職域健診検査証明書（対象者が保有している場合に限る）及び陽性者フォローアップの同意書（同意をしていない場合に限る。）を添付してください。

※「職域健診の場合の照会」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。

※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。