記 入 例

※以下により、申請者が記入してください

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

２０１９　年　４　月　１　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請求します。

（請求者）住所：高知市丸ノ内１－２－２０

氏名：高知　花子

電話番号　０８８－８２３－９６７７

（対象者との続柄：　本人　）

フリガナ	コウチ　ハナコ	性　別	生　年　月　日	
対象者氏名	高知　花子	男　女	明　昭 大　平	３０年１月　１日生
住　所	〒　７８８　－　０８５０ 高知市丸ノ内１－２－２０ 電話番号　０８８（　８２３　）９６７７			
対象者の加入医療保険	被保険者氏名	高知　太郎	対象者との続柄	夫
	保険種別	協・組・共・国・後	被保険者証の記号・番号	１２３４５ ６７８
	被保険者証発行機関名	○○○○○		
	所在地	××××××		
振込口座（請求者名の講座）	フリガナ	コウチ　ハナコ		
	口座名義	高知　花子		
	金融機関名	県　庁　銀　行	店舗名	県　庁　支　店
	口座種別	普通・当座	口座番号	１２３４５６７
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。

１．申請（請求）金額は、記載不要です。（明細書等を確認のうえ県で記入します）

２．日付は、県への提出日を記入してください

３．請求者欄を記載してください。

４．対象者の住所、氏名等を記入してください。

５．対象者の加入している医療保険について記入してください。

※注：発行機関名は、勤務先の会社名ではなく医療保険の発行機関名を正しく記入してください。
例：協会けんぽ等

６．振込先の口座について記入してください。
※注：口座は、請求者の個人名義のものとしてください。

７．受診した検査の種類について、当てはまるものにチェックを入れてください。

８．職域健診で検査を受けた場合、必要時に照会をかけることがあります。チェックを入れてください。