

(様式第3号)

熊本県肝炎ウイルス検査（初回精密検査）費用請求書
(職域検査陽性者用)

年 月 日

熊本県知事 様

肝炎ウイルス検査（初回精密検査）に要した費用を請求します。

請求額 _____ 円

ふりがな				生 年 月 日
請求者氏名				年 月 日生
住 所	〒 _____ 電話番号 (_____)			
保険区分	被保険者氏 名		請 求 者 との続柄	
	保険種別	健保組合・協会けんぽ・ 船員・共済組合・国保・ 後期高齢者・その他	記号・番号	
	保険者名			
	所 在 地			
振込口座	ふりがな			
	口座名義			
	金融機関名		支店等名	
	口座種別	普通・総合・当座	口座番号	
医療機関への 照会同意 (☒ 印を記入し てください)	☐ 熊本県が、上記請求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、添付の肝炎ウイルス結果通知書又は職域検査受検証明書に記載の医療機関等に「職域で実施する肝炎ウイルス検査」の受検の有無を照会し、照会を行った医療機関から回答を受けることに同意します。			

- ※ 「医療機関への照会同意」の欄には、請求者が同意する場合に☒印を記入してください。
- ※ 医療機関によっては、診療明細書等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。

<添付書類>

- ☐ 当該精密検査に係る医療機関の領収書等（保険点数と支払金額が分かるもの。レシート不可。）
☐ 診療明細書（検査を受けた保険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。）
☐ 肝炎ウイルス検査結果通知書
☐ 職域検査受検証明書（保有している場合に限る）
☐ フォローアップ事業参加同意書（事前に同意していない場合）

支給決定額 _____ 円 (※記入しないでください。)