

熊本県肝炎ウイルス検査（初回精密検査）費用請求書

〔保健所・委託医療機関・市町村健康増進事業陽性者、  
妊婦健診陽性者及び手術前検査陽性者用〕

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           | 〒 _____<br>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      |         |
| フォローアップ事業の同意先 | <input type="checkbox"/> _____保健所（熊本市保健所を除く）<br><input type="checkbox"/> 熊本市保健所<br><input type="checkbox"/> 市町村（熊本市を除く） |                                 |           |         |

※ 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。

<添付書類>

|                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 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。）                     |
| <input type="checkbox"/> 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。）                     |
| <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査結果通知書（保健所実施の場合：年度/N o. _____ / _____）                   |
| ※ 妊婦健診の肝炎ウイルス検査の場合は、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                                          |
| <input type="checkbox"/> 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（手術前の肝炎ウイルス検査での陽性者に限る。） |
| <input type="checkbox"/> 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。）