

肝炎検査費用請求書（初回精密検査）

年 月 日

山梨県知事 殿

肝炎検査（初回精密検査）に要した費用を次のとおり請求します。

請求者氏名：

印

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 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		記号・番号	
	保険者名				
	所 在 地				
振込口座 (請求者名 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		
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	<input type="checkbox"/> 山梨県が、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に必要があるときは、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、当該医療機関から回答を受けることに同意します。 ※対象者本人が同意する場合にレ印を記入してください。				

- 注 1 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（請求日から1年以内に発行されたもの。妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、母子健康手帳により検査日等が確認できない場合に限る。）を添付してください。
- 2 職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けた場合は、職域検査受検証明書（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（同意していない場合に限る。）も添付してください。
- 3 妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、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及び陽性者フォローアップの同意書（同意していない場合に限る。）も添付してください。
- 4 手術前の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、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及び陽性者フォローアップの同意書（同意していない場合に限る。）も添付してください。
- 5 医療機関によっては、診療明細書や診断書の発行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。
- 6 請求者本人と振込先の口座名義人が異なる場合は、委任状を添付してください。
- 7 内容審査の上、対象費用と認めた額を支払います。申請から支払まで2か月程度かかります。
- 8 本請求書の提出時には、医療保険の加入が確認できる書類（申請者等が加入する医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」若しくは「資格確認書」又はマイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」等）を提示してください。