別記様式１－２

肝炎検査費用請求書　定期検査

北海道知事　様

年　　月　　日

次のとおり肝炎検査（定期検査）に要した費用を請求します。

この申請に関して不明な点がある場合、北海道（受付機関である札幌市、小樽市、函館市及び旭川市を含む）が、直接、検査実施医療機関へ照会を行うことに

□ 同意します。　※同意いただけない場合は、助成できない場合があります。

フォローアップ事業への参加 □ 同意します。　※同意いただけない場合は、助成できません。

今回の請求は、＿＿＿＿＿年度
（いずれかに☑）

□ ①同じ年度内に、初回精密検査の検査費用を請求済　⇨　年度２回目の請求です。
□ ②同じ年度内に、定期検査費用の第１回目を請求済　⇨　年度２回目の請求です。
□ ③同じ年度内に、①、②いずれも請求していません。　⇨　年度１回目の請求です。

※定期検査費用は、**毎年度２回まで**請求できます（初回精密検査も回数に含みます。）。

対象者（申請者）	郵便番号	―　　―	電話番号（左詰・ハイフン付）	⇦	
	住所				
	フリガナ			㊞	生年月日
	氏名	（姓）	（名）		明・大・昭・平・令　年　月　日
医療保険証の種類	いずれかに☑ □被用者（協会けんぽ、共済、組合、船員など）　□市町村国保　□国保組合　□後期高齢者				

代理申請者	郵便番号	―　　―	電話番号（左詰・ハイフン付）	⇦	
	住所				
	フリガナ			㊞	対象者から見た続柄
	氏名	（姓）	（名）		

※代理申請できるのは、対象者が未成年（１８歳未満）、死亡、成年後見人制度を受けている場合等に限ります。

振込口座	金融機関名（正式名称）	本・支店（所）名	種別	口座番号（右詰・７桁）
		店	普通口座	⇨
	金融機関コード	店舗コード		口座名義（左詰・カタカナ）
				⇦

※代理申請の場合は代理申請者の口座を記入してください。

申請額　　円

支払決定額　　円

収受印（保健所等）	収受印（道庁）

別記様式１－２（裏面）

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業について

肝炎ウイルスに感染した場合、自覚症状がないまま病気が発症し、慢性肝炎、肝硬変、肝がんへと進行し重症化する可能性があります。

そのため、すぐに治療の必要がない場合でも、定期的に医療機関を受診し、ご自身の状態を確認することが重要です。

北海道では、肝炎ウイルス陽性者の方に対するフォローアップ事業を行っており、必要に応じてご連絡を差し上げる場合があります。

なお、本事業で入手した個人情報につきましては、本事業の中でのみ使用し、その他の目的に用いることはありません。