

ウイルス性肝炎進行防止対策精密検査費請求書

北海道知事 様

すて印

年 月 日



次のとおり肝炎ウイルス精密検査に要した費用を請求します。

※（申請者の方に）太枠の中、氏名のフリガナの記入をお願いします。

申請者	郵便番号	電話番号 (左詰・ハイフン付)					
	住所						
	フリガナ	(姓)	(名)	対象者との続柄	印		
	氏名						
振込口座	金融機関名（正式名称）	本店支店名	店番号	口座番号（右詰7桁）		隔地払希望 <input type="checkbox"/>	
		店		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/>			
フリガナ	(姓)	(名)	生年月日				
対象者氏名				年	月	日	
保険種類	<input type="checkbox"/> 被用者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者						
申請額			円				
			支払決定額				円

(一次検査実施者の証明欄)			
上記の者は、(市町村検診、保健所検診)で、肝炎ウイルス検診の結果が本事業の対象者であることを確認した。			
確認年月日	年	月	日
一次検診実施年月日	年	月	日
		確認者 所属職氏名	印

A 肝炎ウイルスに係る精密検査費の内訳（医療機関等の証明欄）			B 査定額欄	
内 訳	総医療費（10割） (円)	窓口支払額 (円)	(円)	
初診（再診）料				
検査料 (肝炎ウイルス検査、 生化学検査、血小板数)				
合計				
ウイルス性肝炎進行防止対策 肝炎ウイルス精密検査に係る医療費は上記のとおりであることを証明します。 医療機関等 年 月 日 名 称 電 話 代表者名 印			保健所 收受印	
			本庁	

注1 一次検診の結果を記載した文書の写しを添付してください。添付できない場合は、（一次検診実施者の証明欄）に一次検診実施者の証明を受けてください。

2 精密検査に要した費用の領収書と診療報酬の算定項目のわかる明細書を添付してください。添付できない場合は、（医療機関の証明欄）に医療機関の証明を受けてください。（なお、医療機関によっては、証明にかかる費用を請求されることがありますが、その費用は自己負担となります。）