

長崎県肝炎ウイルス検査費助成申請・請求書（初回精密検査）

長崎県知事 様

私は、長崎県ウイルス性肝炎患者等重症化予防事業実施要領の規定により、次の事項に同意し、下記のとおり申請・請求します。

- ・県が、あなたが受けた肝炎ウイルス検査及び初回精密検査について、関係機関へ照会すること。
- ・県が、お住まいの市町や管轄する保健所へ、あなたが初回精密検査を受けたことを情報提供すること。
- ・情報を受けた市町や保健所が、あなたへの定期検査の勧奨等に活用する場合があること。
- ・フォローアップとして、保健所や市町が定期的に年1回程度調査票の送付等により、医療機関の受診状況や治療内容を確認し、連絡を行う場合があること。

請求額 円

年 月 日

請求者	住所	〒 長崎県  ( ) -		
	フリガナ		性別	男・女
	氏名		生年月日	年 月 日
	加入医療保険	該当する保険を で囲んでください。 ( 協・組・共・国・後 ) ( 本人・家族 )		
	陽性わかった肝炎ウイルス検査の種別	該当する種別を で囲んでください。 1. 保健所の無料検査    2. 委託医療機関の無料検査    3. 市町健康増進事業の検診 4. 職域による検査    5. 妊婦検診    6. 手術前検査		
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 組合		本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			
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(レ印)	県が、あなた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、あなたが肝炎ウイルス検査を受けたがどうかについて、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。			

請求者と受領者(振込先の名義人)が異なる場合は下記を記入してください。

私(請求者)は、受領者(振込先の名義人)に対し、 肝炎ウイルス検査費の受領を委任します。 請求者 住所 氏名  受領者 住所 氏名	(県受付印)
---	--------

添付書類

医療機関が発行した領収書                      診療明細書                      肝炎ウイルス検査の結果通知等 職域検査証明書(職域で肝炎ウイルス検査を受け、保有している場合) 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(妊婦検診で肝炎ウイルス検査を受けた場合) 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(手術前検査で肝炎ウイルス検査を受けた場合)
---

<注意事項> 診療明細書、診断書に費用がかかる場合があります。その費用は、自己負担となります。  
「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」の欄には、本人が同意する場合にレ印を記入してください。