（様式３－１）

肝炎検査費用請求書（初回精密検査）

年　　月　　日

保健所長　様

肝炎検査（初回精密検査）に要した費用を下記のとおり請求します。

請求金額：　　円

請求者氏名：

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td><td>性　別</td><td colspan="3">生　年　月　日</td></tr>
<tr><td>対象者氏名</td><td colspan="3"></td><td>男　女</td><td colspan="3">年　　月　　日生</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="7">〒　　－

電話番号　　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">加入医療保　険</td><td>被保険者氏　名</td><td colspan="2"></td><td>請 求 者との続柄</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>保険種別</td><td colspan="2">協・組・共・国・後</td><td>被保険者証の記号・番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>被保険者証発行機関名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>所 在 地</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">振込口座</td><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>口座名義</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>金融機関名</td><td colspan="2"></td><td>店舗名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>口座種別</td><td colspan="2"></td><td>口座番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>受験した肝炎ウイルス検査の実施主体（レ印）</td><td colspan="7">□ 保健所の肝炎ウイルス検査　□ 妊婦検診の肝炎ウイルス検査
□ 健康増進事業の肝炎ウイルス検診　□ 手術前の肝炎ウイルス検査
□ 職域の肝炎ウイルス検査</td></tr>
<tr><td>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）</td><td colspan="7">□　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。</td></tr>
</table>

※　「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、対象者本人が同意する場合にレ印を記入してください。

※　本請求書に医療機関の領収書、診療明細書及び肝炎ウイルス検査の結果通知書を添付してください。

※　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（同意をしていない場合に限る。）も添付してください。

※　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（同意をしていない場合に限る。）も添付してください。

※　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（同意をしていない場合に限る。）も添付してください。

※　医療機関によっては、診療明細書等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。