

大分県肝炎ウイルス初回精密検査費助成金申請・請求書

大分県知事 殿

大分県肝炎ウイルス初回精密検査費助成事業実施要綱の規定により、次の事項に同意し、申請します。

- 県又は市町村から定期的に調査票が送付され、医療機関の受診状況や治療内容を確認し、連絡や情報提供を行う場合があること。
- 精密検査を受診したことが市町村へ情報提供される場合があること。
- 県が関係機関に、肝炎ウイルス検査が陽性であることの確認を行うこと。
- 県が医療機関に対して精密検査内容等を照会すること。
- 県が健診実施機関に対して、職域による肝炎ウイルス検査であることの確認を行うこと

大分県肝炎ウイルス初回精密検査費助成事業実施要綱に基づく助成金として下記金額(A)を請求します。

※ 太枠内を記入してください。

年 月 日

住 所	〒 ー 大分県 電話番号(携帯など日中に連絡が取れるもの) ()		
フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏 名		性別	男 ・ 女
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合(公務員、私立学校) <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 健康保険(全国健康保険協会、組合管掌健康保険、日雇特別被保険者の保険) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療		
陽性とわかった肝炎ウイルス検査の種別	<input type="checkbox"/> 県(大分市)の無料検査(保健所実施または医療機関委託) <input type="checkbox"/> 市町村の検診 <input type="checkbox"/> 妊婦検診 <input type="checkbox"/> 職場の健康診断による肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 手術前の肝炎ウイルス検査		

※医療機関などに受診確認や精密検査内容などを照会する場合があります

自己負担額 ※検査日ごとに記載してください。	年 月 日	円	県助成決定額
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	
(申請・請求額)	合計額(A)	円	

フリガナ				申請者との続柄(*)
<input type="checkbox"/> 座人名義				
金融機関名			支店・店舗名	
<input type="checkbox"/> 座種別	普通 ・ 当座			口座番号

(*)上記申請者と口座人名義が異なる場合に続柄を記載してください。

【妊婦健診、手術前検査の対象者：陽性と判定され1年以内に請求ができなかった方は理由を以下にお書きください。】

例:妊娠中の通院や出産後の育児等により、陽性判定後1年以内に精密検査の受診及び請求が困難であった。
 例:手術後の長期入院等により、陽性判定後1年以内に精密検査の受診及び請求が困難であった。

申請する方全員、以下の書類を提出してください。

- 医療機関が発行した領収書(写しでも可) 肝炎ウイルス検査の結果通知書の写し
診療明細書(写しでも可)

該当する方は以下の書類も準備してください。

- 職域検査証明書など職域検査であることを証明する書類(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
 (検査日と結果が確認できない場合は、医療機関が発行する検査結果通知書。併せて母子手帳の写しも必要。)
手術(肝炎ウイルス検査後)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

※医療機関によっては、診療明細書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。

※書類不備の場合、助成金が支給できない場合がありますので御注意ください。