

ウイルス性肝炎初回精密検査費用交付申請書

申請年月日：令和 年 月 日

岐阜県知事 様

交付申請者

住所

氏名

受検者との続柄

電話番号

※申請者が受検者と異なるときは別途委任状が必要です。

肝炎検査（初回精密検査）に要した費用を下記のとおり申請します。

受検者	住所			
	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	被保険者氏名			請求者との続柄
	加入医療保険の種別	協 ・ 組 ・ 共 ・ 国 ・ 後 その他（ ）	記号・番号	
	保険者名			
	所在地			
申請額	円			
振込口座	銀行名等	銀行・信金・信組・農協		支店出張所
	預金種別	口座番号		
	フリガナ			
	口座名義人氏名			
医療機関への照会の同意	<input type="checkbox"/>	岐阜県が、上記受検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、上記受検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。		

※医療機関の領収書、診療明細書、医療保険の加入関係の確認できるいずれかの書類（資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルからアクセスできる医療保険の「資格情報画面」の印刷したもの、健康保険証）の写しを添付してください。

※健康保険証は、令和6年12月1日時点で発行されている有効期限内の健康保険証であり、住所や負担割合等に変更がないものに限りま。

※診療明細書等書類作成費や対象外の検査については自己負担となります（申請額どおりにならない場合があります）。

※市町村のフォローアップに同意されている場合には、同意された市町村（住所地の市町村）に初回精密検査の結果を連絡することがあります。

【保健所又は市町村記入欄】

検査結果	HBs抗原検査	<input type="checkbox"/> 陽性
	C型肝炎ウイルス検査	<input type="checkbox"/> 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い
	検査（採血）年月日	年 月 日
	結果通知日	年 月 日
陽性フォローアップの同意		<input type="checkbox"/> 市町村のフォローアップ <input type="checkbox"/> 県のフォローアップ

(受付機関受印)