

肝炎検査費用請求書

年 月 日

大阪府知事 殿

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。

※太枠内の該当事項を全て記入してください。太枠内以外の欄は記入しないでください。

請求者

請求金額	円
支給決定額	円

氏名	印
(検査対象者との続柄：)	
電話番号	()

※振込先口座名義人と異なる場合は裏面の委任状に記入してください。

《検査対象者》

フリガナ				性別	生年月日		
氏名				男・女	明・大 昭・平	年 月 日生	
住所	(〒 -) 大阪府			電話番号 ()			
陽性判定を受けた検査 ※検査結果通知の添付が必要です	検査日 年 月 日						
	(該当箇所に☑ (レ印) を入れてください)						
	<input type="checkbox"/> 大阪府の検査 (府保健所、医療機関で実施)						
	<input type="checkbox"/> 政令市・中核市の検査 (保健所・保健センター、医療機関で実施) 市名： _____						
	<input type="checkbox"/> 市町村の検査、住民健診、特定健診など 市町村名： _____						
	<input type="checkbox"/> 職場、職域での健診、医療保険者 (国保、協会けんぽ等) の健診						
加入医療保険	被保険者氏名			請求者との続柄			
	保険種別	協・組・共・国・後		被保険者証の記号・番号			
	被保険者証発行機関名			所在地			
職域の肝炎ウイルス検査を受けた場合の、大阪府による医療機関への照会 《同意の場合☑ (レ印)》	<input type="checkbox"/> 大阪府が、上記検査対象者が肝炎ウイルス検査を受けたことを確認する必要があるときは、同対象者の肝炎ウイルス検査受検の有無について、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。						

《振込先口座》

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協・労金							支店
預金種別	普通 (総合)	・	当座	口座番号 (右詰め)				
口座名義	(フリガナ)							
	(漢字)							

◎請求者 (検査対象者) と振込先の口座名義人が異なる場合は、委任欄 (裏面下部) を記入してください。

◎このほか、申請時の添付書類、注意事項については、「(様式第1号) (裏面)」をご参照ください。

受付印押印欄

【申請時の添付書類】

- ① 肝炎ウイルス陽性者に係る状況把握同意書(様式第2号)
- ② 大阪府肝炎専門医療機関が発行した領収書【原本】 《注1》《注2》
- ③ 大阪府肝炎専門医療機関が発行した診療明細書(医療内容、保険点数等が記載された書類)
【原本】 《注1》《注2》
- ④ 肝炎ウイルス検査の結果通知書(写し)ただし、妊婦健診の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者にあつては、母子健康手帳の表紙、検査日及び検査結果が確認できるページの写しにより代えることができる。 《注2》
- ⑤ 初回精密検査費用の振込先金融機関の口座が分かる書類(預金通帳の写し等)
- ⑥ [職域のウイルス検査で陽性と判定された方の場合] 職域検査証明書(様式第4号)又は職域でのウイルス検査を受けたことについての証明書 ※いずれも対象者が保有している場合に限る 《注2》
- ⑦ [手術前の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された方の場合] 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 《注2》

《注意事項》

- 注1: 添付書類②, ③は、初回精密検査費用助成事業検査明細書(様式第3号の1又は様式第3号の2)により代えることができます。
- 注2: 医療機関によっては、注1の初回精密検査費用助成事業検査明細書(様式第3号の1又は様式第3号の2)の発行や添付書類②, ③, ④, ⑥, ⑦の再発行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。
- 注3: 請求者(検査対象者)と振込先の口座名義人が異なる場合は、委任状(下段)を記入してください。
- 注4: 交付決定した旨のご連絡はいたしません。申請から支払いまで3か月程度要します。
- 注5: 状況把握に同意された方に係る個人情報につきましては、府及びお住まいの市町村で共有しますが、大阪府個人情報保護条例その他個人情報保護に関する規定により適切に管理し、本事業の中でのみ使用し、その他の目的に用いることはありません。

(委任欄)

委 任 状

受任者(表面請求書の口座名義人)

住所

氏名

印

私は、上記の者を代理人と定め、大阪府から受領する肝炎検査費用の受領について、一切の権限を委任します。

年 月 日

委任者〔表面請求書の請求者(検査対象者)〕

住所

氏名

印

注: 受任者の印は、委任者の印と異なるものを押印すること。