

## 肝炎検査費用申請書 (初回精密検査)

栃木県知事 様

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。

申請者氏名: \_\_\_\_\_

※対象者と申請者が異なる場合は裏面「委任状」も併せて記入してください。

|   |  |                   |    |             |      |
|---|--|-------------------|----|-------------|------|
| フリガナ  |  |                   | 性別 | 生年月日        |      |
| 対象者氏名   |  |                   | 男女 | 年           | 月 日生 |
| 住所  | 〒 _____<br>電話番号 ( ) _____  |                   |    |             |      |
| 対象者の<br>加入医療保険  | 被保険者<br>氏名   |                   |    | 対象者<br>との続柄 |      |
|   | 保険種別   | 協 ・ 組 ・ 共 ・ 国 ・ 後 |    |             |      |
| 振込口座  | フリガナ<br>口座名義   |                   |    |             |      |
|   | 金融機関名  |                   |    | 支店名         |      |
|   | 口座種別   | 普通・当座             |    | 口座番号        |      |
| 本助成制度<br>の利用歴   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  |                   |    |             |      |
| 受診日   | 年                  月                  日  |                   |    |             |      |
| 職域、妊婦<br>健診又は手<br>術前の肝炎<br>ウイルス検<br>査を受けた<br>場合の医療<br>機関への照<br>会 (レ印) | <input type="checkbox"/> 栃木県が、上記対象者が職域、妊婦健診又は手術前の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。 |                   |    |             |      |

※ 「職域、妊婦健診又は手術前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。

**【添付書類】 (裏面記載)**

本申請書に次のものを添えて、住所地を管轄する健康福祉センター又は宇都宮市保健所に提出してください。

支払決定額                                  円 (※記入しないでください。)

## 委 任 状

受任者 (申請書の申請者)  
住所

氏名

私は、上記の者を代理人と定め、栃木県から受領する肝炎検査費用の申請及び受領について、一切の権限を委任します。

年 月 日

委任者 (申請書の対象者)  
住所

氏名

### 【添付書類】

◇保健所若しくは委託医療機関が実施した肝炎ウイルス検査又は市町が行う健康増進事業における肝炎ウイルス検診において陽性と判定された者◇

- a 上記検査に係る医療機関の領収書 (レシート不可)
- b 診療明細書
- c 医療保険証の写し
- d 預金通帳の口座番号のわかるページの写し
- e 結果通知書の写し (保健所及び委託医療機関で実施した肝炎ウイルス検査又は市町で実施した健康増進事業に基づく肝炎ウイルス検診結果通知書)
- f 陽性者フォローアップ等事業同意書 (既提出者は不要)  
※市町におけるフォローアップ事業への参加者についてはその同意書写し

◇職域、妊婦検診又は手術前の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者

◇

- a 上記検査に係る医療機関の領収書 (レシート不可)
- b 診療明細書
- c 医療保険証の写し
- d 預金通帳の口座番号のわかるページの写し
- e 結果通知書の写し (職域の肝炎ウイルス検査の結果通知書)  
※事業所名又は医療保険者名が記載されている場合は該当部分の写しも添付すること
- f 陽性者フォローアップ等事業同意書 (既提出者は不要)  
※市町におけるフォローアップ事業への参加者についてはその同意書写し

### 【その他】

- 1 医療機関によっては、診療明細書や診断書に費用がかかる場合がありますが、その費用は助成対象外となります。
- 2 内容審査の上、県が認めた額を支払います。申請から支払いまで2～3か月程度かかります。