

様式 3-1

肝炎検査費用請求書 (初回精密検査・定期検査)

※該当する方に○を付けてください。

千葉県知事 様

私(申請者)は、下記に同意の上、肝炎検査に要した費用を請求します。

請求者氏名： _____ 印

請求金額： _____ 円(検査実施日 年 月 日)

※定期検査の場合、請求金額から自己負担額を控除してください。

記

- ・市町村や県等は、肝炎患者のフォローアップのため、医療機関の受診状況や治療内容をお手紙や電話等で確認します。
- ・県は、助成金支給の可否や金額決定に必要な場合は、市町村、医療機関に対し検査内容等を照会することがあります。また、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、下記申請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があります。
- ・医療機関によっては、診療明細書や診断書等(本様式裏面も含む)の**文書料に費用がかかる場合がありますが、その費用は自己負担になります。**
- ・妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、妊婦健診の肝炎ウイルス検査の検査結果通知書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。
- ・本事業で入手した個人情報、本事業のみで使用し、その他の目的に用いることはありません。

フリガナ		性別	生年月日	
申請者氏名	印	男 ・ 女	明・大 昭・平・令	年 月 日生
住所	〒 _____ 電話番号 (_____)			
加入医療保険	被保険者氏名		申請者との続柄	
	保険種別	協会・組合・共済・国保・後期	被保険者証の記号・番号	
	被保険者証発行機関名			
振込口座 (※)	フリガナ			
	口座名義			
	金融機関名		店舗名	
	口座種別	普通・当座	口座番号	

(※)申請者と振込口座の名義が異なる場合は、下記を御記入ください。

助成金の受領に関する権限を下記のとおり委任します。

委任者(申請者) 氏名： _____ 印

受任者(口座名義) 氏名： _____ 印 住所： 〒 _____

申請者との続柄： _____

※対象項目については裏面を参照

対象項目以外に医師が真に必要と判断した項目がある場合には、その項目を医療機関にて記載してもらってください。

様式3-1 (裏面)

(医療機関記載欄)

※下記の助成対象項目以外に医師が真に必要と判断した項目がある場合には本票に記載願います。
(必須ではありません。)

医療機関名	
記載者所属・氏名	
検査を受けた方の氏名	
検査日	
合計診療点数	点
合計金額	円

医師が真に必要と判断した検査項目(医療機関記載欄)※該当がある場合のみ御記載ください。

(点)	(点)
(点)	(点)
以下、検査費用助成対象として認めている項目(以下は記載不要です。)	
初・再診料/医学管理等	
初診料	再診料
外来診療料	
ウイルス疾患指導料	
血液形態・機能検査	
末梢血液一般	末梢血液像(自動機械法)
出血・凝固検査	
プロトロンビン時間(PT)	活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)
血液化学検査	
総ビリルビン	直接ビリルビン
アルブミン	ALP
γ-GT	総コレステロール
ALT	LD
腫瘍マーカー	
AFP	AFP-L3%
PIVKA-II半定量	PIVKA-II定量
肝炎ウイルス関連検査	
HBs抗原	HBs抗体
HBVジェノタイプ判定	HCV血清群別判定
微生物核酸同定・定量検査	
HBV核酸定量	HCV核酸定量
超音波検査又は画像診断	
超音波検査 断層撮影法(胸腹部)	CT撮影 (※定期検査及び、肝硬変又は肝がんのみ)
	MRI撮影 (※定期検査及び、肝硬変又は肝がんのみ)
検査判断料等	
血液学的検査判断料	生化学的検査(I)判断料
免疫学的検査判断料	生化学的検査(II)判断料
	微生物学的検査判断料
	血液採取(静脈)