

初回精密検査費用請求書

大阪府知事 殿

初回精密検査に要した費用を下記のとおり請求します。

_____年 _____月 _____日

請求者（検査を受けた方）

フリガナ			性別	生 年 月 日	
氏 名			男・女	年 月 日生	
住 所	〒 _____ 大阪府 電話番号 ()				
加入医療 保 険	被保険者 氏 名		続柄	本人 ・ 家族	
	保険種別	協・組・共・国・後	記号・番号		
	保険者名				
職域の肝炎ウイルス検査を受けた場合、大阪府による医療機関への照会		<input type="checkbox"/> 大阪府が、上記検査対象者が職域で実施した肝炎ウイルス検査を受けたことを確認するため、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うことに同意します。			

振込先口座

金融機関名	銀行 支店								
預金種別	普通 ・ 当座		口座番号 (右詰め)						
口座名義	(フリガナ)								
	(漢 字)								

委任欄 ※請求者（検査を受けた方）と振込先の口座名義人が異なる場合に記入してください。

受任者（振込口座名義人）

氏名 _____ 住所 _____

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について、一切の権限を委任します。

委任者（検査を受けた方） _____年 _____月 _____日

氏名 _____ 住所 _____

【申請書類】**<大阪府または市町村が実施する肝炎ウイルス検査を受けた方>**

	初回精密検査費用請求書（様式第1号）
	肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書（様式第2号）
	肝炎ウイルス検査の結果通知書（コピー）
	大阪府肝炎専門医療機関が発行した領収書 【原本】
	大阪府肝炎専門医療機関が発行した診療明細書【原本】
	振込先口座が分かる書類（預金通帳のコピー等）

<職域の肝炎ウイルス検査を受けた方>

	初回精密検査費用請求書（様式第1号）
	肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書（様式第2号）
	肝炎ウイルス検査の結果通知書（コピー）
	職域検査証明書（様式第3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
	大阪府肝炎専門医療機関が発行した領収書 【原本】
	大阪府肝炎専門医療機関が発行した診療明細書【原本】
	振込先口座が分かる書類（預金通帳のコピー等）

<妊婦健診で肝炎ウイルス検査を受けた方>

	初回精密検査費用請求書（様式第1号）
	肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書（様式第2号）
	肝炎ウイルス検査の結果通知書（コピー） もしくは 母子健康手帳の表紙と肝炎ウイルス検査日と検査結果が確認できるページ（コピー）
	大阪府肝炎専門医療機関が発行した領収書 【原本】
	大阪府肝炎専門医療機関が発行した診療明細書【原本】
	振込先口座が分かる書類（預金通帳のコピー等）

<手術前に行われた肝炎ウイルス検査を受けた方>

	初回精密検査費用請求書（様式第1号）
	肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書（様式第2号）
	手術前に実施した肝炎ウイルス検査の結果通知書（コピー）
	大阪府肝炎専門医療機関が発行した領収書 【原本】
	大阪府肝炎専門医療機関が発行した診療明細書【原本】
	手術料が算定されることが分かる診療明細書
	振込先口座が分かる書類（預金通帳のコピー等）

【留意事項】

- ・提出いただいた領収書、診療明細書の原本は、お手続き完了後にご返却します。
- ・申請書類について確認が必要な場合、請求者様にご連絡させていただくことがあります。

【請求書の提出先・お問い合わせ先】

〒540-8570 大阪市中央区大手前二丁目1番22号

大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課 生活習慣病・がん対策グループ（肝炎担当）

電話番号：06-6941-0351（内線2592） FAX：06-6944-7262