

別紙様式5-2 ※職域の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者

肝炎検査費用助成申請書（初回精密検査）

年 月 日

京都府知事様

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。

申請金額： 円

申請者氏名： 印

※自筆の場合は押印不要

フリガナ				性別	生年月日		
申請者 氏名				男・女	年 月 日		
住所	〒 - 電話番号 - - -						
個人番号 (マイナンバー)							
加入 保険	被保険者 氏名				申請者 との続柄		
	保険種別	協・組・共・国・後			記号・番号		
	保険者名						
フォローアップ事業 参加同意状況		<input type="checkbox"/> 本申請書に同意書を添付					
医療機関への照会		<input type="checkbox"/> 京都府が、上記対象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、上記対象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。					
振込 口座	フリガナ						
	口座名義						
	金融機関名				店舗名		
	口座種別				口座番号		
		支給決定金額			円		
		※この欄は府において記載します。					

- ※1 本申請書に京都府肝疾患専門医療機関の領収書及び診療明細書、肝炎ウイルス検査の結果通知書、職域検査受検証明書（別紙様式8）（保有している場合に限る。）及びフォローアップの参加同意書（別紙様式3）（原本又は市町村のフォローアップ事業へ同意し、市町村へ同意書を提出している場合はその写し）を添付してください。
- ※2 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。
- ※3 診療明細書の内容によっては、全ての費用を助成できない場合があります。