

※本事業における肝炎ウイルス検査、京都市の行うウイルス性肝炎患者等の重症化予防事業、市町村の行う健康増進事業の肝炎ウイルス検診、妊婦健診の肝炎ウイルス検査、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

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 - -			
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	被保険者証の記号・番号	
	被保険者証発行機関名			
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			
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 【提出書類】本申請書、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（妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、母子健康手帳により検査日等が確認できない場合に限る。）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）

【妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合】母子健康手帳の表紙（交付年月日、妊婦の氏名の記載があるもの）の写し及び検査日・検査結果が確認できるページの写し（母子健康手帳により検査日等が確認できない場合は、医療機関が発行する検査結果通知書）を提出書類に添付

【手術前の肝炎ウイルス検査を受けた場合】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を提出書類に添付

※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。