

※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 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。