

# 初回精密検査 申請書 記入例

2019年度版

様式 2 - 1

保健所受付印

## 肝炎検査（初回精密検査）費用助成金申請書

島根県知事 様

西暦または和暦

島根県肝炎等精密検査費用助成事業実施要綱の規定により、下記のとおり申請します。

※太枠内を記入してください。

申請日： **2019** 年 **4** 月 **1** 日

フリガナ	<b>シマネ タロウ</b>		性別	生 年 月 日		
氏 名 (申請者)	<b>島根 太郎</b>		男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	明 昭 大 平	<b>1</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日生	
住 所	〒 <b>690 - 8501</b> 島根県 <b>松江市 殿町 1番地</b>					
陽性と分かった肝炎ウイルス検査の種別 (該当に☑)	電話番号	受けた検査にチェック (話番号) : <b>0852 ( 12 ) 3456</b>				
	<input checked="" type="checkbox"/> ①	県内各市町村の実施する肝炎ウイルス検査 または 肝炎ウイルス健診				
	<input type="checkbox"/> ②	職場の健康診断における肝炎ウイルス検査				
	<input type="checkbox"/> ③	島根県が実施する肝炎ウイルス検査 (保健所・委託医療機関)				
	※①～③以外はこの事業の対象外となり、申請できません。					
医療機関への照会	<input type="checkbox"/> ② 職場の 課が	(②の方のみ) 受けた場合で、同意される場合のみ☑をしてください。 同意する場合のみチェック する肝炎ウイルス検査を受けたことを確認する必要があるときは、添付の「肝炎ウイルス検査結果通知書」または職域検査受検証明書に記載の医療機関に職域検査を受けたかどうかについて照会を行い、当該医療機関から回答を受けることに同意します。				
加 入 医療保険	被保険者氏 名	<b>島根 太郎</b>		対 象 者 との続柄	<b>本 人</b>	
	保険種別	<input checked="" type="radio"/> 協 組・船・共・国・後		被保険者証の 記号・番号	<b>000000 000</b>	
	被保険者証 発行機関名	<b>全国健康保険協会 ○○支部</b>				
	所 在 地	<b>松江市○○町 1番地</b>				
振込口座 ※申請者 名の口座	フリガナ	<b>シマネ タロウ</b>				
	口座名義	<b>島根 太郎</b>				
	金融機関名	○ ○		<input checked="" type="radio"/> 銀行 組合 金庫・連合会	○ △	<input type="radio"/> 支店・支所 店・出張所
	口座種別	<input checked="" type="radio"/> 普通・当座	口座番号	<b>1 2 3 4 5 6 7</b>		

※申請者と口座名義人が異なる場合は委任状（様式5）を添付してください

自己負担額 (複数日ある場合) ※検査日ごとに 記載してください	年 月 日	円	(助成対象額) 助成決定額
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	
合 計 額			円

※助成対象額は助成対象項目分のみとなりますので、自己負担額と異なる場合があります。