



様式 2 - 1

肝炎検査（初回精密検査）費用助成金申請書

島根県知事 様

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： 年 月 日      |                   |
| フリガナ                         |  | 性別              | 生 年 月 日           |
| 氏 名<br>(申請者)                 |  | 男 女             | 明 昭<br>大 平 年 月 日生 |
| 住 所                          | 〒 島根県  |                 |                   |
|                              | 電話番号（日中連絡が取れる電話番号）： ( )  |                 |                   |
| 陽性と分かった肝炎ウイルス検査の種別<br>(該当に☑) | <input 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<br><input type="checkbox"/> ② 職場の健康診断における肝炎ウイルス検査<br><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）<br><input type="checkbox"/> ④ 妊婦健診の肝炎ウイルス検査<br><input type="checkbox"/> ⑤ 手術前の肝炎ウイルス検査<br>※①～⑤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 職場の健診時に肝炎ウイルス検査を受けた場合で、同意される場合のみ☑をしてください。<br><input type="checkbox"/> 県が、私（申請者）が職場で実施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<br>医療保険                  | 被保険者氏名   |                 | 対 象 者<br>との続柄     |
|                              | 保険種別   | 協・組・船・共・国・後     | 被保険者証の<br>記号・番号   |
|                              | 被保険者証<br>発行機関名   |                 |                   |
|                              | 所在地  |                 |                   |
| 振込口座<br>※申請者<br>名の口座         | フリガナ   |                 |                   |
|                              | 口座名義   |                 |                   |
|                              | 金融機関名  | 銀行・組合<br>金庫・連合会 | 支店・支所<br>店・出張所    |
|                              | 口座種別   | 普通・当座           | 口座番号              |

※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<br>(複数日ある場合)<br>※検査日ごとに<br>記載してください | 年 月 日 | 円 | 助成対象額<br>助成決定額<br>円 |
|   | 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。

### 注意事項

- ✓ 申請者は検査を受けた本人となります。
- ✓ 不備がある場合は、助成金の支給ができない場合があります。
- ✓ 検査はやむを得ない理由があり、一連の検査とみなすことが出来る場合のみ複数日にまたがっても助成対象とします(概ね一月程度)。

### 添付書類について

注1) 申請の際は、添付書類を添えて、居住地を管轄する保健所に提出してください。

申請書が旧様式の場合でも、提出時における最新の実施要綱に基づく書類の添付が必要です。

注2) 書類不備がある場合、助成金の支給ができない場合がありますのでご注意ください。

注3) 医療機関によっては、診療明細書や診断書の発行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。

初回精密検査の場合( (原本) と記載のあるもの以外は写し可)

- 医療機関が発行した領収書(負担割合が分かるもの、レシート不可)
- 診療明細書(検査項目、及びその点数の分かるもの)
- 肝炎ウイルス検査の結果通知書
  - ※ 対象となる肝炎ウイルス検査(検診)で陽性と判定された結果通知書又は検査結果報告書
  - ※ 妊婦健診で肝炎ウイルス陽性と判定され申請する場合は、母子健康手帳の検査日、検査結果が確認できるページ
- 肝炎ウイルス陽性者フォローアップ同意書(県またはお住まいの市町村のもの)
- 助成金振込先金融機関の口座がわかる書類  
(預金通帳の写し等で口座番号、及びカナ氏名の記載があるもの)

次の場合は、上記に加え以下も添付してください。

※職場での検査で肝炎ウイルス陽性と判定され申請する場合

- 住民票 (原本) ※本人記載分のみでもかまわない
- 職域検査証明書(保有している場合のみ)
  - ※ 職域検査証明書は健診機関によりますが、検査結果を通知された際に添付されています。

※手術前の検査で肝炎ウイルス陽性と判定され申請する場合

- 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