

初回精密検査費用請求書

(職域の肝炎ウイルス検査を受検された方用)

検査を受けた御本人が申請者となります。
ボールペン等の字が消えないもので記入してください。

フリガナ			性 別	生 年 月 日									
申請者氏名				年 月 日生									
住 所	〒 ー 区・市・町・村 電話番号 ()												
加入医療 保 険	被保険者 氏 名				申 請 者 との続柄								
	保険種別	協会・組合・共済・国保・後期			記号・番号								
	保険者名												
振込口座 (※)	フリガナ												
	口座名義												
	金融機関名				店舗名								
	口座種別	普通・当座			口座番号								
医療機関への照会について同意する場合は✓印		☐ 都が、上記申請者が職域の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に、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（様式 10）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。											
初回精密検査に要した費用を上記のとおり請求します。													
年 月 日													
東 京 都 知 事 殿													
請求金額※													円
※記入不要です													

(※) 申請者と振込口座の名義が異なる場合は、下記を御記入ください。

助成金の受領に関する権限を下記のとおり委任します。

委任者（申請者） 氏名： 印

受任者（口座名義） 氏名： ④ 住所：〒

申請者との続柄：

*「職域の肝炎ウイルス検査」とは、事業主や職域（職場）の保険者が実施する肝炎ウイルス検査をいいます。

*提出前に、「初回精密検査費用助成に係る申請書類チェックシート」により、必要書類等の再確認をお願いいたします。

*医療機関によっては、診療明細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です。

(以下、記入不要。東京都記入欄のため。)

銀行コード		支店コード		
-------	--	-------	--	--