

初回精密検査費用請求書

(妊婦健診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			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		被保険者証の 記号・番号		
	被保険者証発行機関名					
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		
妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた日	年 月 日					
上記の肝炎ウイルス検査を受けた日から1年以上経過している場合は、該当するものに✓印をお願いします。	<input type="checkbox"/> 妊娠中の通院や出産後の育児等により、肝炎ウイルス検査で陽性と判定されてから1年以内に精密検査の受診や精密検査費用を請求することが困難であった。 <input type="checkbox"/> その他 ()					
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: _____ ㊟

受任者(口座名義) 氏名: _____ ㊟ 住所: 〒 _____

申請者との続柄: _____

*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

(R5.12)