

## 世帯内感染防止医療・定期検査費等請求書

## 留意事項

- 1 検査項目について、該当するものに○をつけてください。(複数選択可)
- 2 請求金額について、検査等の費用のうち、自己負担分(公費負担医療により自己負担分が軽減されている場合は軽減後の金額)を記載してください。
- 3 感染された方ご本人が、医療機関で受給者証を提示して受けた定期検査及び母子感染防止に係る医療(ご本人に対する検査に限る)は、請求する必要はありません。

定期検査	検査項目:① 血液学的検査					①小計額(a)
	日付	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	請求金額	円	円	円	円	円
	検査項目:② 画像検査(腹部エコー)					②小計額(b)
	日付	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	請求金額	円	円	円	円	円
	検査項目:③ 画像検査(造影CT、単純CT、造影MRI又は単純MRI)					③小計額(c)
	日付	年 月 日	年 月 日			
	請求金額	円	円			円
	定期検査手当:④ ※定期検査を受けた回数に○をしてください。					④小計額(d)
1回	15,000円	2回以上	30,000円		円	
合計金額(1)【a+b+c+d】					円	
母子感染防止に係る医療	以下の本人又は子に対する血液検査、ワクチン投与、グロブリン投与にかかる費用					合計額(2)
	日付	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	検査等を受けた方の氏名					
	検査等を受けた方の生年月日					
請求金額	円	円	円	円	円	
世帯内感染防止に係る医療	以下の同居家族に対する血液検査、ワクチン投与にかかる費用					合計額(3)
	日付	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	検査等を受けた方の氏名					
	検査等を受けた方の生年月日					
	請求金額	円	円	円	円	
	日付	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	検査等を受けた方の氏名					
	検査等を受けた方の生年月日					
請求金額	円	円	円	円		
請求金額(総額)	合計額((1)+(2)+(3))				円	