

《 記入例及び記入上の注意 》

(別紙)

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	令和〇〇年〇月〇日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	請求金額	3,710	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
	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	年 月 日	年 月 日	
請求金額	円	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】				18,710	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	
	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	
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	
	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	
	日付	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))			18,710	円

【必要な提出書類】
 ・定期検査の費用がわかる明細書・領収書(原本)
 ・受給者証をお持ちの場合、受給者証の写し(定期検査受診票の写しを含む。)
 ・他の公費負担の対象となっている場合、その公費負担額と対象医療の範囲が分かるもの

「検査の日付」と「支払った自己負担分の費用」をご記入ください。
 同日に複数項目の検査(血液学的検査、腹部エコー及びCT・MRI)を行った場合は、いずれか1カ所にご記入ください。

【必要な提出書類】
 ・母子感染防止医療の費用がわかる明細書・領収書(原本)
 ・請求者が出産した子であることを確認できる戸籍謄本又は戸籍抄本
 ・他の公費負担の対象となっている場合、その公費負担額と対象医療の範囲が分かるもの

1枚に収まらない場合は、別紙を追加し、そちらにご記入の上、あわせてご提出ください。

【必要な提出書類】
 ・世帯内感染防止医療の費用がわかる明細書・領収書(原本)
 ・世帯内家族の記載がある住民票
 ・他の公費負担の対象となっている場合、その公費負担額と対象医療の範囲が分かるもの

合計額(1)~(3)の総額をご記入ください。

【母子感染防止医療】
 和解後に行われた母子感染防止のための検査、血液製剤又はワクチンが対象です。

【世帯内感染防止医療】
 和解後に新たに同居となった家族等に対する検査、ワクチンが対象であり、和解前から同居している家族等については、対象とはなりません。