

和解後、受給者証が届く前に定期検査を受けた場合等

この様式による定期検査費の請求は、「受給者証が届く前に検査を受けた場合」や「検査日に受給者証を忘れた場合」など、やむを得ず窓口負担を支払った場合のものとなります。

＜ 記入例及び記入上の注意 ＞

世帯内感染防止医療・定期検査費等請求書				(様式第10号)	
フリガナ		キコウ タロウ	番 号	※DX審査支払機構使用欄 (記入不要)	
氏 名 (感染された方)	機 構 太 郎	男・女	生年月日 及び年齢	昭和 平成 令和	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 満 〇〇 歳
フリガナ	トウキョウト コウトウトヨス				
請 求 者 住所及び 電話番号	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 東京 (都・道 府・県) 江東区豊洲 〇-〇-〇 電話番号 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇				
代理人に 関する事項	※ 代理人を指定する場合には太枠内を記載してください。				
	代理人への 委任事項	1 医療情報基盤・診療報酬審査支払機構への書類の送付、受付及び問い合わせに関する件 2 定期検査費等の受取に関する件 3 その他 () ※ 該当するものに〇をつけてください。(複数選択可)			
	フリガナ	(〒 -)			
	代理人住所 及び電話番号	都・道 府・県 電話番号 ()			
	フリガナ	代理人氏名			
請求者 との関係					
和解等成立年月日	令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	裁判所名	〇〇 地方 裁判所		
事件番号	平成〇〇 年 () 第 〇〇〇 号	原告番号	〇〇		
振込先	金融機関名・支店名	〇〇 銀行 〇〇 本店 〇〇 支店 出張所	フリガナ	キコウ タロウ	預金種目
	フリガナ	キコウ タロウ	口座名義	機 構 太 郎	普通 当座
	口座名義	機 構 太 郎	口座番号 (右詰め)	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
通知書の 送付方法	DX審査支払機構から送付する通知書について、希望の送付形態に〇をつけてください。 [1 普通郵便 ・ 2 簡易書留]				
別紙のとおり定期検査等を受けたため、特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法(平成23年法律第126号)に基づき、定期検査費等の支給を請求します。 (代理人を指定するときは)併せて、代理人を指定し、委任事項記載欄の事項を委任するとともに、代理人の行為により生じた問題について医療情報基盤・診療報酬審査支払機構は一切その責任を負う必要のないことを確認します。 また、代理人は請求者から委任を受けたことに同意します。 令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 請求金額 18,710 円 (内訳については別紙の通り) 請求者氏名 機 構 太 郎 代理人氏名 (代理人を指定したとき) 医療情報基盤・診療報酬審査支払機構理事長 殿					

請求書提出日現在の年齢をご記入ください。

記載事項等について問い合わせることがありますので、連絡可能な番号(携帯電話も可)をご記入ください。

ご本人が請求される場合、ご記入は不要です。

給付金を請求した際の和解調書等からご記入ください。

口座名義は、受給者ご本人の名義としてください。

預金種目の〇漏れにご注意ください。

DX審査支払機構から「支給通知書」及び「振込通知書」を送付いたしますので、希望送付形態の数字を〇で囲んでください。

【普通郵便】
受取先の郵便受箱(ポスト)への配達となります。
【簡易書留】
ご本人受取の配達となります。

※ 通知書には、多くの個人情報記載されていることから、「簡易書留」での送付を推奨しております。

受給者ご本人の氏名をご記入ください。

請求書の提出年月日をご記入ください。

別紙の「合計額(1)+(2)+(3)」欄に記入された金額をご記入ください。

定期検査費を請求する場合の例

≪ 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				3,710 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
	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
	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		15,000 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	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	
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					
	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					
	請求金額(総額)	合計額((1)+(2)+(3))				

【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。