

医療機関における肝炎ウイルス検査申請書兼検査手数料免除申請書

申請者	氏名 <small>(ふりがな)</small>		性別	男・女
	生年月日	年	月	日生 (歳)
	住所	〒		
	電話番号			
	理由	<input type="checkbox"/> 輸血や臓器移植などの手術を受けた <input type="checkbox"/> 長期間にわたり血液透析を受けている <input type="checkbox"/> 家族が肝炎ウイルスに感染している <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルスに感染した血液を傷のある手で触ったなど <input type="checkbox"/> その他()		
<p>肝炎ウイルス検査（B型 ・ C型 ・ B型、C型両方）の受診を申請します。 （○で囲んでください。）</p> <p>署名（本人・保護者）</p> <p>年 月 日</p> <p>神奈川県 保健福祉事務所長 保健福祉事務所 センター長 殿</p>				

注意

1 申請できる方

次の①～③のすべてに該当される方

- ① 県内にお住まいの方（横浜市、川崎市、横須賀市、相模原市、藤沢市、茅ヶ崎市、寒川町を除きます。）
- ② 過去に肝炎ウイルス検査を受けたことのない方
- ③ 市町村が行う健康増進法に基づく肝炎ウイルス検査や職場の健康診断での肝炎ウイルス検査など他に肝炎ウイルス検査を受診する機会のない方
市町村が行う健康増進法に基づく肝炎ウイルス検査は、基本的に満40歳以上で過去に肝炎ウイルス検査を受けたことのない方などが対象です。
実施場所、費用、申し込み方法は各市町村により異なりますので、お住まいの担当窓口にお問い合わせください。

2 添付書類

保険証等年齢の確認できる書類のコピーを添付して下さい。

なお、本申請に伴い、検査手数料の免除を申請します。

神奈川県知事 殿

申請者氏名 _____