

医療機関の皆さまへ

本人用

特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の請求のための
血液検査結果照会のお願

法律事務所 ASCOPE
(Tel : 03-6435-3395)

前略

昭和期の集団予防接種等における注射器の連続使用により B 型肝炎ウイルスに感染された被害者の方々に対する救済策として、給付金を支給することなどを定めた法律が平成 24 年 1 月より施行されました（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 12 月 16 日法律第 126 号）。そして、この給付金制度においては、下記患者の B 型肝炎ウイルスに関する血液検査結果が必要とされております。つきましては、別紙医療照会書のとおり、B 型肝炎ウイルスに関する血液検査結果の交付等を賜りますようお願いいたします。

草々

対象となる患者氏名：

患者様の生年月日： 年 月 日

【必要となる血液検査結果】

- ① HBs (エイチビーエス) 抗原
- ② HBc (エイチビーシー) 抗体 (CLIA 法によるもの。)
- ③ HBV ジェノタイプ判定 (EIA 法によるもの。)

※検査費用に関しては、可能な限り、保険を適用していただきますようお願いいたします。また適用が困難な場合は、厚生労働省通達「療養の給付と直接関係ないサービス等の取り扱いについて」(平成 17 年 9 月 1 日 保医発 0901002 号) の趣旨にご配慮の上、適切な費用での検査をお願い申し上げます。

(別紙)

本人用

医療照会書

1. 検査を受けた者の氏名, 及び, 生年月日

氏名: _____
生年月日: 昭・平 年 月 日

2. 血液検査結果

(1) HBs 抗原 (+ ・ -)
(検査日: 昭・平 年 月 日)

(2) HBc 抗体 (+ ・ -)
(_____ s/co)
(検査日: 昭・平 年 月 日)

(3) ジェノタイプ (_____)
(検査日: 昭・平 年 月 日)

※EIA 法による検査結果をご記入ください

2 ページ目に上記検査日における血液検査結果 (検査機関より送付された検査報告書・検査報告書の添付されたカルテの写し等) を添付願います。

作成日: 平成 年 月 日

病院名:

医師名: 印

検査結果報告書はこちらに貼付願います。

※検査結果報告書はお互いに重ならないように貼付してください。

※紙面が足りない場合は裏面にお願いいたします。

SAMPLE