

(様式第4号)

## 職域検査証明書

下記の者について、当機関において、職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けたことを証明します。

記

氏 名： \_\_\_\_\_ (男・女)

住 所： \_\_\_\_\_

検 査 日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

検査結果通知日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

年 月 日

医療機関名： \_\_\_\_\_ 印

所在地： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

(注)

- ※ 本証明書は、職域で実施する肝炎ウイルス検査において陽性と判断された方が都道府県に初回精密検査費用の助成を請求する際に、添付書類として必要となるものです。
- ※ 初回精密検査費用の助成を受けるには、お住まいの都道府県又は市町村が行う医療機関受診状況の状況把握に同意していただくことが必要となります。初回精密検査費用の助成について詳しくは、お住まいの都道府県の肝炎対策担当部署にお問い合わせ下さい。