様式第二号（第二十条関係）

（１ページ）

特定Ｂ型肝炎ウイルス感染者定期検査費等受給者証

公費負担者番号								
公費負担医療の受給者番号								
受給者	住所							
	氏名							
	生年月日	年　月　日生						男・女
発行者名称	年　月　日 社会保険診療報酬支払基金理事長　印							

（２ページ）

定　期　検　査　受　診　票

年

①血液学的検査、②画像検査（腹部エコー）

受診回	1回目	2回目	3回目	4回目
受診年月日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
医療機関名				
医師名	印	印	印	印

③画像検査（造影CT若しくは造影MRI又は単純CT若しくは単純MRI）

受診回	1回目	2回目
受診年月日	年　月　日	年　月　日
医療機関名		
医師名	印	印

※　担当医師は、該当する回の受診年月日、医療機関名、医師名の欄に記入いただき、ご本人にお渡し下さい。
※　この票は、年（1月～12月）を単位として記入してください。