

肝炎治療費支給申請書 (インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療)					
受給者番号					ふりがな 氏名
生年月日	年	月	日	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
住 所	〒 (電話)				
※受給者(患者)と受領者が異なる場合に記入してください。 下記の者に対し肝炎治療費の受領を委任します。 年 月 日 受給者氏名 受領者氏名 (続柄) 住所					
加入保険種類 (該当する保険を○で囲む) (協・組・共・国・後) (本人・家族) ◎ 組合、共済に該当する場合は保険者に確認の上、下記にご記入ください。 附加給付金の有無 (有・無) 有の場合は給付基準 (/月) 保険者名称 () 保険者の連絡先 () 被保険者証の記号・番号 ()					
振 込 先	金融機関名	本・支店(所)名	口座種類	口座番号	フリガナ 名 義 人
			普通 当座		◎受給者または委任を受 けた方に限ります。
上記のとおり申請します。 なお、申請内容について疑義が生じた場合には、関係機関に対する照会について同意しま す。 申請者氏名 年 月 日 鹿兒島県知事 殿					

◎ 記入上の注意

- 1 この請求書は、受給開始日(交付日)以降で、既に支払った医療費のうち、自己負担限度額を超え、払い戻しがある方のみ提出してください。
- 2 裏面に医療機関ごとに証明を受けてください。
- 3 自己負担額(月単位)が高額療養費制度の自己負担額を超えた場合、その超えた額については、保険者に高額療養費の請求を行い、高額療養費の支給決定通知書(写し)を添付のうえ請求願います。(高額療養費は医療費支給申請の対象とはなりませんのでご注意ください。)

肝炎医療費証明書

(インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療)

(裏面)

* 記入上の注意事項をご覧になり医療機関で証明してください。

受給者氏名		公費負担番号																		
		受給者番号																		
診療・調剤月	診療期間		診療日数	保険種別	給付割合	総医療費	医療保険負担分	患者自己負担相当額	左のうち患者が実際に支払った額(領収額) A	高額療養費制度での自己負担限度額 B	月額自己負担限度額 C	決定額 A-C または B-C								
年	入院	全入院期間(日~ 日)																		
		内訳	公費対象外分																	
月	通院等	通院・院外薬局																		
		内訳	公費対象外分																	
年	入院	全入院期間(日~ 日)																		
		内訳	公費対象外分																	
月	通院等	通院・院外薬局																		
		内訳	公費対象外分																	
年	入院	全入院期間(日~ 日)																		
		内訳	公費対象外分																	
月	通院等	通院・院外薬局																		
		内訳	公費対象外分																	
助成対象医療費について上記のとおり相違ないことを証明します。 医療機関名 所在地 管理者名 担当者名 電話									印				(所属)							
									チェック項目								指定医療機関		調剤薬局	
									自己負担限度額											

* 記入上の注意

- 肝炎治療費支給申請書の有効期間に係る月ごとに、患者が受診したすべての医療機関等で支払った合計金額が自己負担限度額を超えた場合、各医療機関等において、当該月のそれぞれの医療費の証明をお願いします。
- 太枠で囲った部分を記入してください。
 - 「公費対象治療費」の欄は肝炎治療受給者証の有効期間の始期から、現物給付ができなかった期間の肝炎治療の公費対象となる医療費です。
 - 「患者自己負担相当額」とは、総医療費から医療保険負担分を差し引いた額です。
 - 「左のうち患者が実際に支払った額」の欄は、自己負担全額を支払った場合はその額を、また、高額医療貸付制度を利用したの支払いや、限度額適用認定証を利用したの支払いは窓口で領収した額を記入してください。
- この用紙に証明された医療費については診療報酬明細書の差し替えはしないでください。