

肝炎治療特別促進事業医療費償還払い請求書

年 月 日

福島県知事

肝炎治療医療費を下記のとおり請求します。

診療 調剤 年月	d 患者負担額 (医療機関分+調剤薬局分)	e 自己負担限度額	f 高額療養費 (該当者のみ)	g = d - e - f 差引公費請求額
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
合計	円	円	円	円

受給者	氏名			自己負担限度額	円	
	受給者 番号					
	有効 期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
請求者	フリガナ			住所	〒 -	
	氏名	(受給者との続柄)				電話番号 ()
支払方法	1. 口座振替 2. 隔地払い (支店) 3. 隔地払い (他店) 4. 隔地払い (郵便局)					
振込 口座	金融 機関名	銀行 信金 信組 農協			支店	フリガナ
	口座 番号	普通 当座				

(注) 以下の書類を添付してください。

- 1 請求者の肝炎治療受給者証及び自己負担限度額管理票の写し
- 2 当該月において受診した全ての保険医療機関及び保険薬局が発行した領収書、診療明細書及び調剤明細（領収書等は、医療費総額を確認する必要がありますので、肝炎治療以外の領収書も添付してください。）
- 3 保険医療機関、保険薬局ごとの「肝炎治療療養費証明書」（様式第9号の1）
- 4 振込口座の金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人が確認できる通帳又はカード等の写し
- 5 高額療養費の対象となった場合には、それを証明する書類（高額療養費支給決定通知書等）

※医療機関等の窓口でお支払いになった金額のうち、高額療養費に該当する部分については、福島県から支給されません。高額療養費は御加入の医療保険等から支給されますので、高額療養費への該当の有無や請求方法等は保険者（加入している医療保険の運営主体）にお問い合わせ下さい。