

# 肝炎治療費請求書( 年 月分)

年 月 日

大分県知事 広瀬勝貞 殿

請求金額 金 円

請求者	住所	(千 ー )	TEL ( )
	フリガナ		受給者との続柄
	氏名 (振込先と同じ)		印 本人 夫 妻 父 母 その他( )
振込先	金融機関	銀行・信用金庫・信用組合・ 農業協同組合・漁業協同組合	本店 支店・出張所
	フリガナ		預金口座 普通・当座
	名義人 (請求者と同じ)		口座番号
受給者	受給者番号		有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日
	交付年月日		月額自己負担限度額 円
	保険種別	1 協会けんぽ 2 組合健保 3 船員保険 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 7 後期高齢者	
	住所		
	フリガナ		性別 男・女
	氏名		生年月日 年 月 日

○記入上の注意事項

- 本請求書には、肝炎治療医療費証明書(様式1-2)、月額管理票の該当月のコピーを添付してください。
- この請求書は、月別に作成してください。
- 自己負担額(月単位)が高額療養費制度の自己負担限度額を超えた場合、その超えた額については本請求の対象となりませんので、保険者に高額療養費の請求を行ってください。
- 「受給者」と「請求書・振込先(名義人)」が異なる場合は、委任状が必要です。ただし、受給者が未成年の場合は、保護者との関係が証明できるもの(住民票・保険証の写し等)を添付すればそれに代えることができます。

# 肝炎治療医療費証明書( 年 月分)

※インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療・  
インターフェロンフリー治療

様

受給者番号		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
-------	--	------	---------------

○医療機関

＜入院＞	医療費総額(A)		
総計		医療費保険者負担額(B)	医療費自己負担額(A)-(B)
上記のうち肝炎治療(※)及びそれに付随するもの		(A) × 0.7, 0.8, 0.9	

\*医療費自己負担額(A)-(B)欄は、受給者の窓口支払額

＜通院＞

	医療費総額(A)		
総計		医療費保険者負担額(B)	医療費自己負担額(A)-(B)
上記のうち肝炎治療(※)及びそれに付随するもの		(A) × 0.7, 0.8, 0.9	

\*医療費自己負担額(A)-(B)欄は、受給者の窓口支払額

※該当がある場合のみ記入

「肝炎治療(※)及びそれに付随するもの」で公費分として診療報酬請求したもの	
---------------------------------------	--

○薬局

肝炎治療に関連する処方せんを交付した医療機関名( )

＜薬剤料＞	薬剤料総額(A)		
総計		薬剤料保険者負担額(B)	薬剤料自己負担額(A)-(B)
上記のうち肝炎治療(※)及びそれに付随するもの		(A) × 0.7, 0.8, 0.9	

\*薬剤料自己負担額(A)-(B)欄は、受給者の窓口支払額

※該当がある場合のみ記入

「肝炎治療(※)及びそれに付随するもの」で公費分として診療報酬請求したもの	
---------------------------------------	--

この証明書は、肝炎治療に係る医療費の償還払の金額を計算するためのものです。したがって、太線の枠内は、肝炎治療特別促進事業(公費負担者番号「38446019」)に係る公費分として診療(調剤)報酬請求していないもの(=一般分として診療(調剤)報酬請求したもの)を記入してください。

○記載にあたっての注意事項

- (1) この証明書は、月別に作成してください。
- (2) 「総計」欄は、肝炎治療以外の一般医療を含む医療費総額(保険適用があるものに限り)を、「上記のうち肝炎治療及びそれ付随するもの」欄は、肝炎治療及びそれ付随するもので肝炎治療特別促進事業(公費負担者番号「38446019」)に係る公費として診療(調剤)報酬請求していないものを記入してください。

上記のとおり、肝炎治療医療費を受領したことを証明します。

年 月 日

所在地

医療機関又は薬局の名称

代表者の職・氏名

印

# 委 任 状

代理人

住 所

氏 名

印

今般、私は上記の者を代理人と定め、肝炎治療費の請求及び受領に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

受給者

住 所

氏 名

印