

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書

年 月 日

大分県知事 殿

請求者（参加者） 住所 〒

氏名 ㊟

（代理人の場合は代理人の氏名の記載及び押印）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求手続きを、上記の代理人に委任します。

電話番号 （ ） -

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費を下のとおり請求します。

なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。

ふりがな							公費負担者番号						
参加者氏名							公費負担医療 の受給者番号						
振込口座 (請求者)	銀行 信用組合						支店	支店コード		預金種別			
	信用金庫 農協						出張所			普通・当座			
	番 口 号 座						ふりがな						
							口座名義						

※提出にあたっての注意事項

- 1 本請求書とともに、下記の書類を添付の上、手続きを進めてください。
 - ① 請求者（参加者）の氏名が記載された被保険者証、高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証の写し
 - ② 請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の写し
 - ③ 請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票の写し等
 - ④ 当該月における特定医療費（肝がん・重度肝硬変入院医療）証明書（第17号様式）又は当該月において受診した全ての医療機関が発行した領収書及び診療明細書
 - ⑤ その他（知事が必要と認める書類）
- 2 請求者（参加者）の押印欄に必ず押印してください。
- 3 振込口座については、請求者（参加者）の名義の口座を記載してください。

（県記入欄）

	百万	十万	万	千	百	十	円
決定額							