

肝炎治療医療費支給申請書

年 月 日

広島県知事様

ふりがなを忘れないでください。

請求者住所 〒		
ふりがな		
請求者氏名		
振込先	金融機関	
	支店等	
金融機関	預金種目	普通・当座
	口座番号	

支店名まで記入してください。

振込先は、患者さん本人の口座を記入してください。

口座名義人が他の方の場合は、委任状が必要となります。その場合は、県庁又は県保健所（支所）にご連絡ください。

屋間に連絡可能な番号を記入してください。

電話番号 ( ) -  
 携帯電話 ( ) -  
 生年月日 昭・平・令 年 月 日  
 (満 歳)

年 月分を請求します。

受給者番号		患者氏名	
受給者証有効期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日		
入通院の別	入院	診療日(回)数	日(回)
	通院		日(回)
	薬局		日(回)

- ※1 上記太枠内を記入し、下表には記入しないこと。
- ※2 肝炎治療費助成に係る医療費（薬剤費）確認書（様式第 11-2 号）、治療・調剤を受けた保険医療機関等又は指定医療機関等が発行した領収書、治療を受けた保険医療機関等又は指定医療機関等が発行した医療内容、保険点数等が記載された書類（このほか、高額療養費の適用となる場合は、支給決定額の分かる書類）、医療費振込先金融機関の口座が分かる書類（預金通帳の写し等）を添付すること。

----- ここより下には記入しないでください。 -----

(内訳)

A：対象医療費 円	B：保険者負担分 (A×負担割合) 円	C (=A-B)：患者負担額 円
D：対象薬剤費 円	E：保険者負担分 (D×負担割合) 円	F (=D-E)：患者負担額 円
G：高額療養費 円	H：自己負担限度月額 円	I：支給決定額 (C+F-G-H) 円

支給決定額 \_\_\_\_\_ 円