様式第 10 号（第８関係）

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

広 島 県 知 事 様

請求者住所　〒

請求者氏名

請求者電話番号

年　　月分

の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費を請求します。
なお，支払金額は次の口座に振り込んでください。

<table>
<tr><td>ふ り が な</td><td colspan="2"></td><td>公費負担者番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">参加者氏名</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>公費負担医療の受給者番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">振込口座</td><td colspan="2" rowspan="2">（金融機関名）</td><td>支店
出張所</td><td>支店コード</td><td colspan="2">種別
普　通・当　座・貯 蓄</td></tr>
<tr><td rowspan="2">口座番号</td><td rowspan="2"></td><td>ふ り が な</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>口 座 名 義</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

※提出にあたっては，次のことに注意してください。

1　本請求書とともに，次の書類を添付し，手続きを進めてください。

（１）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コピー

（２）参加者の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（様式第４号）のコピー

（３）参加者の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票（様式第９－１号，９－２号）のコピー等

（４）振込先金融機関の口座が分かる書類（預金通帳のコピー等）

（５）請求する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

（６）核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付を受けている場合は，助成対象となる医療を受けたい月以前の 12 月以内の「肝炎治療自己負担限度月額管理票」のコピー

2　振込口座は，参加者の名義の口座を記載してください。
ただし，参加者と振込口座名義が異なる場合は様式第 11 号（委任状）を提出してください。

（都道府県記入欄）

医療費決定額	百万	十万	万	千	百	十	円