様式第１１－２号（第１０関係）

肝炎治療費助成に係る医療費（薬剤費）確認書

　　　　　年　　　月分　　　　　　　　　　　　　　　患者氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療（調剤）日 | 治療助成対象医療に係る  患者負担額 | 治療助成対象医療に係る  肝炎公費対象点数 |
| 年　　月　　日  （～　　　　年　　月　　日） | 円 | 点 |
| 年　　月　　日  （～　　　　年　　月　　日） | 円 | 点 |
| 年　　月　　日  （～　　　　年　　月　　日） | 円 | 点 |
| 年　　月　　日  （～　　　　年　　月　　日） | 円 | 点 |
| 年　　月　　日  （～　　　　年　　月　　日） | 円 | 点 |
| 年　　月　　日  （～　　　　年　　月　　日） | 円 | 点 |
| 年　　月　　日  （～　　　　年　　月　　日） | 円 | 点 |
| 年　　月　　日  （～　　　　年　　月　　日） | 円 | 点 |
| 合計 | 円 | 肝炎公費対象点数  点 |

医療機関・薬局名

記入者所属及び氏名

問合せ先　　　（　　　　）　　　　－

【参考】

対象医療…・C型ウイルス性肝炎の根治を目的として行われるインターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療並びにＢ型ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療で，保険適用となっているもの

・当該治療を行うために必要となる初診料，再診料，検査料，入院料，薬剤料等及び当該治療を継続するために必要な治療費

※文書料，入院時食事療養標準負担額，入院時生活療養標準負担額は対象となりません。

その他，不明な点については，広島県薬務課（082）513-3078へお問合せください。

【肝炎治療受給者証をお持ちの皆様へ】

助成開始月からこれまでに立て替えた医療費・薬剤費がある方は，肝炎治療医療費支給申請書（様式第11－1号）に，この確認書と次の書類を添えて提出してください。

・　医療機関・薬局で発行の領収書

・　医療，調剤内容，保険点数等が記載された書類（明細書等）

・　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（支給決定通知書等）

・　振込先金融機関の口座が分かる書類（預金通帳の写し等）