様式第１１－３号（第１０関係）

肝炎治療医療費支給申請書

　年　　月　　日

　広　島　県　知　事　様

　肝炎治療受給者証の所得階層区分の変更に伴い　　　　　　年　　　月分の医療費を請求します。

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

電話番号（　　　　　　）　　　　　　　－

携帯番号（　　　　　　）　　　　　　　－

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 患者の生年月日 | 　 　　　　年　　　月　　　日（満　　　歳） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 自己負担限度月額（変更前）A | 自己負担限度月額（変更後）B | 自己負担上限額管理票の月末累積額　C | 償還払額（C-B) | 備　　　　考 |
| 円 | 円 | 円 | 円 |  |

1　肝炎治療自己負担限度額月額管理票（当該申請月分）の写しを添付すること。

2　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。

3　A欄は、変更前の自己負担限度月額を記載する。

4　B欄は、変更後の自己負担限度月額を記載する。

5　C欄は、自己負担限度額月額管理票の月間自己負担額累積額の最下欄の数値を転記する。