様式第１１－２号（第１０関係）

この様式は、受診した医療機関や薬局に提出し、記載してもらってください。

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 |
| 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

対象外医療…・慢性ウイルス性肝疾患の合併症に対する医療

　　　　　　（例）内視鏡検査（食道静脈瘤）、アルブミン製剤（腹水）

・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。