

肝炎治療医療費支給申請書

ふりがなを忘れないでください。

年 月 日

広島県知事様

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。

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	

昼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（ ）

※請求者と患者が異なる場合は、委任状が必要です。

年 月 分を請求します。

受給者番号		患者氏名	☐ 請求者と同一	
受給者証有効期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	生年月日	年 月 日（ 歳）	
いずれかに のすること	☐ 個人番号	私は、広島県肝炎治療特別促進事業に基づく事務処理を処理するために限って、保険給付の支給に関する情報を取得することに同意します。なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。 【 同意します ・ 同意しません ※同意しない場合は資格確認書等の写しを添付してください 】		
	※右記、同意内容を確認し、○してください。			
	☒ 資格確認書等	別添、資格確認書等のとおり	☐ 原本、確認済	
	入通院の別	入院 通院 薬局	診療日 (回数)	日 (回) 日 (回) 日 (回)

※ 上記太枠内を記入し、下表には記入しないこと。

【必要書類】 本申請書には、以下の書類を提出してください。

- ☐ 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の写し
- ☐ 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医療内容、保険点数等が記載された書類の写し
- ☐ 高額療養費の適用となる場合は、支給決定額の方かる書類の写し
- ☐ 医療費振込先金融機関の口座が分かる書類の写し
- ☐ 資格確認証等で提出の場合は、資格確認書もしくは資格情報のお知らせ等のコピーを添付のこと
- ☐ 肝炎治療自己負担限度月額管理票の写し※（※請求年月に記入がある場合に限る）

県記入欄

(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 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