

### 肝炎治療費療養費請求書

長崎県知事

様

年

月

日

請求者	住所	〒		
		Tel ( ) -		
	氏名	Ⓜ		
振込先	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 組合 出張所		
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

肝炎治療費療養費を下記のとおり請求します。  
なお、請求内容について疑義が生じた場合には、関係機関に対する照会について同意します。

金 円

受給番号								フリガナ 受給者氏名	
受給者生年月日									年 月 日

加入保険種類（該当する保険を○で囲む）

（協・組・共・国・後） （本人・家族）

◎組合、共済に該当する場合は保険者に確認のうえ、下記にご記入ください。

附加給付金の有無（有・無） 有の場合は附加給付基準（ ）

保険者名（ ） 保険者の連絡先〔電話番号〕（ ）

【注意事項】

- (1) この請求書は、有効期間の開始日以降で、すでに支払った医療費のうち、自己負担限度額を超え、払い戻しがある方のみ提出してください。払い戻しがあるかは、支払った医療機関、院外薬局にお尋ねください。
- (2) 裏面に医療機関等ごとに証明を受けてください。
- (3) 自己負担額（月単位）が高額療養制度の自己負担額を超えた場合、その超えた額については、保険者（健康保険証発行元）に高額療養費の請求を行い、高額療養費の支給決定通知書（写し）を添付のうえ請求してください。（高額療養費は肝炎治療費療養費請求の対象とはなりませんのでご注意ください。）  
※高額療養制度については、保険者（健康保険証発行元）にお尋ねください。
- (4) 請求金額以外の項目を訂正する場合は、必ず訂正印を押印してください。
- (5) この請求書は、住所地を管轄する県立保健所へ提出（郵送可）してください。  
（長崎市・佐世保市居住者は長崎県医療政策課へ提出（郵送可））

○請求者と受領者（振込先の名義人）が異なる場合は下記を記入してください。

私（請求者）は、受領者（振込先の名義人）に対し肝炎治療費療養費の受領を委任します。

年 月 日

請求者 住所  
氏名 Ⓜ

受領者 住所  
氏名 Ⓜ

# 肝炎治療費領収済証明

受給者氏名		公費負担者番号							
		受給者番号							
月額自己負担限度額	円	公費対象となる期間			年 月 日 ~ 年 月 日				

診療月	診療期間	診療日数	保険種別	給付割合	総医療費	医療保険負担分	患者自己負担相当額	左のうち患者が実際に支払った額 (領収額)	高額療養制度での自己負担限度額 または 附加給付	月額自己負担限度額	決定金額
								A	B	C	A-C または B-C
年	入院	入院期間 ( 日 ~ 日 )									
	内訳	公費対象外分									
		公費対象分									
月	通院等	全体額 (通院・院外薬局)									
	内訳	公費対象外分									
		公費対象分									
年	入院	入院期間 ( 日 ~ 日 )									
	内訳	公費対象外分									
		公費対象分									
月	通院等	全体額 (通院・院外薬局)									
	内訳	公費対象外分									
		公費対象分									
年	入院	入院期間 ( 日 ~ 日 )									
	内訳	公費対象外分									
		公費対象分									
月	通院等	全体額 (通院・院外薬局)									
	内訳	公費対象外分									
		公費対象分									

上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日

保険医療機関等 所在地

名称

代表者名

TEL

印

- \* 記入上の注意**
- 療養費請求書に係る月ごとの医療費について、支払った金額が月額自己負担額を越えた場合に証明をお願いします。
  - 太線で囲った分を記入して下さい。
  - (1) 「患者自己負担相当額」とは総医療費から医療保険負担分を差し引いた額です。  
(2) 「左のうち患者が実際に支払った額」の欄は、自己負担全額を支払った場合はその額を、また、高額医療貸付制度を利用しての支払や老人医療受給者の限度額窓口支払は窓口で領収した額を記入してください。
  - この用紙に証明された医療費については診療報酬明細書の差し替えはしないでください。
  - 公費対象となる治療は、インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・アナログ製剤治療です。

