

(様式6)

肝炎治療費（療養費払い）請求書

年 月 日

香川県知事 殿

〒
請求者 住 所
氏 名
電 話 番 号

香川県肝炎治療特別促進事業実施要綱第11の9の規定により、下記のとおり請求します。
なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。

申請金額									円
決定金額		千	百	十	万	千	百	十	円

(この欄は記入しないでください)

口座振込	銀行		支店					ふりがな 口座名義	
	当座・普通	口座番号							

対象保険医療機関

保険医療機関名	備 考

(注)

- 1 請求書の口座名義が患者本人と異なる場合は、裏面委任状の記載をお願いします。
- 2 肝炎治療療養証明書及び領収書のコピーを添付してください。
- 3 高額療養費制度に該当する場合は、先に高額療養費の請求を行い、高額療養費支給決定通知書を添付してください。

(様式6の裏面)

委 任 状

私は、
香川県から受ける 年 月分の肝炎治療費(療養費払い)の
請求・受領方を委任します。

年 月 日

受給者 住 所

氏 名

印

※委任内容については、請求・受領の該当する項目を○で囲んでください。

(様式7)

肝炎治療療養証明書

受給者証番号				患者氏名			
月額自己負担 限度額		円		生年月日 (年齢)		年 月 日 (歳)	
保険の 種別	政管・健組・船保・共済・国保 国組・国退・その他 ()			本人・家族	保険組合 負担割合	7割・8割・9割・ (割)	
診療 年月	入院・通院 の別	区分 (診療費・ 薬剤費等)	診療 日数	総医療費 A (A=B+C)	医療保険等負担額 (高額療養費を含む) B	患者負担額 C	
	入院・通院						
	入院・通院						
	入院・通院						
上記のとおり証明します。							
年 月 日							
所在地							
医療機関の名称							
代表者氏名							
担当者職氏名							
連絡先							
※肝炎治療受給者証に記載された有効期間内であって、肝炎治療費に係る医療費のみ記入してください。							