

肝炎治療費等支給申請書（入院・通院共通）

平成 年 月 日

岡山県知事 殿

岡山県肝炎治療特別促進事業実施要綱第13条の規定により、診療報酬領収証明書の内容について、下記のとおり申請します。支払金額は、次の口座にお振り込みください。

なお、高額療養費制度に該当する場合は、その明細等について、私(家族)が加入している医療保険団体へ、岡山県が照会することに同意します。

〒 -

(申請者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄 \_\_\_\_\_)

電話番号 \_\_\_\_\_

申請額 ※ 円 ※欄は記入しないでください。

| 振込先<br>金融機関 | 銀行    |      | 支店 | ふりがな<br>名義人 |
|-------------|-------|------|----|-------------|
|             | 当座・普通 | 口座番号 |    |             |

(注)・郵便局以外で記入してください。・名義人は受給者と同一人物であること。

○以下の        内は、保険医療機関または保険薬局に証明してもらってください。

- ・高額療養費限度額認定証(入院医療費)が交付されている場合は、写を添付してください。
- ・高額療養費制度に該当する場合は、高額療養費支給決定通知書の写等を添付してください。
- ・申請月と同月に、受給者証により受診をされた保険医療機関・保険薬局がある場合は、申請月の自己負担上限額管理票の写を添付してください。
- ・振込時期は原則、診療月の4ヶ月後か申請書受付月の1ヶ月後の遅い方の月の月末までです。  
原則から外れる場合の例  
・申請書等の不備 ・保険医療機関・保険薬局の請求遅れや過誤請求

|         |                               |              |                      |
|---------|-------------------------------|--------------|----------------------|
| 受給者氏名   |                               | 生年月日<br>(年齢) | 昭・平<br>年 月 日<br>( 歳) |
| 加入医療保険  | ○をつけてください<br>協会・組・共・国・後 本人・家族 |              |                      |
| 保険者負担割合 | ○をつけてください<br>7割・8割・9割・( 割)    |              |                      |
| 受給者証の交付 | 年 月 日                         | 階層区分         |                      |
| 公費負担番号  | ∴ ∴ ∴ ∴ ∴                     | 受給者番号        | ∴ ∴ ∴ ∴ ∴            |

郵送で提出される場合で受付の連絡が必要な場合は、下記のいずれかの連絡手段にチェックをして下さい。

- 上記記載の電話番号への電話による連絡
- 上記記載の住所への文書による連絡

(裏面に続く)

診療報酬等領収証明書 ( 年 月分)

- ① 公費対象となる肝炎治療に関する医療費・薬剤費についてのみ記入してください。  
 ② ①以外の医療費がある場合は、A欄へ( )書きで、その金額を記入してください。

| 診療日 | 区分      | 保険診療等<br>総医療費<br>A (円) | 医療保険者等<br>負担額<br>A - B (円) | (肝炎公費該当分)<br>本人窓口支払額<br>B (円) |
|-----|---------|------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| 入院  | ～ 日 医療費 |                        |                            |                               |
|     | ～ 日 医療費 |                        |                            |                               |
|     | ～ 日 医療費 |                        |                            |                               |
| 通院  | 日 医療費   |                        |                            |                               |
|     | 日 医療費   |                        |                            |                               |
|     | 日 医療費   |                        |                            |                               |
|     | 日 医療費   |                        |                            |                               |
|     | 日 医療費   |                        |                            |                               |
|     | 日 医療費   |                        |                            |                               |
|     | 日 医療費   |                        |                            |                               |
|     | 日 医療費   |                        |                            |                               |
|     | 日 医療費   |                        |                            |                               |
|     | 日 医療費   |                        |                            |                               |

上記のとおり証します。  
 平成 年 月 日

所在地  
 医療機関等の名称  
 代表者名

印

決定額

※

※欄は記入しないでください。

(照会先)

岡山県保健福祉部健康推進課 担当：

電話：086-226-7331