

肝炎治療費給付申請書 (払戻請求書)

患者の肝炎治療受給者証を参照してください

色のついた部分は記入しないでください

肝炎治療費証明書【医療機関証明欄】

受給者証有効期間	平成30年3月1日 ~ 平成31年2月28日		受給者証交付日	平成30年5月23日	①: 10,000円 K: 20,000円	履歴 有・無	有・無
保険区分	協会けんぽ・組合・共済 (国保) 後高齢 ・国保組合・その他 ()					交付 新・延再・更	
診療年月	被保険者負担区分	診療区分	診療日数	公費の対象となる肝炎治療の点数	高額療養費制度適用有無	受給者からの領収額★	県からの払戻額
平成30年3月	□定額 □1割 □入院 ■通院	[]	1 (回)日	1,598点	□有 ■無	4,790円	
平成30年4月	□定額 □1割 □入院 ■通院	[]	☆ 2 (回)日	☆ 3,438点	□有 ■無	× 10,310円	
平成30年4月	□定額 □1割 ■入院 □通院	[]	1 (回)日	3,048点	□有 ■無	9,140円	
平成30年4月	□定額 □1割 □入院 □通院	[]	7 (回)日	31,473点	■有 □無	80,577円	
平成 年 月	□定額 □1割 □入院 □通院	[]	(回)日	点	□有 ■無	円	円

☆同一月に肝炎以外の治療も行っている場合は、[]に診療総日数又は保険診療総点数を記入してください。
 肝炎治療に関する日数又は金額は、[]の下部に記入してください。
 受給者からの領収額は、肝炎治療費分のみ記入してください。
 (例の場合、肝炎以外の治療費も合算しているため、10,310円と記入するのは誤りです)

★受給者から実際に領収した金額の内、肝炎治療費に関する払戻の対象となる金額のみを記入してください。

高額療養費制度を適用した場合は、適用後の領収額を記入してください。
 (例の場合は、『69歳以下 区分ウ』の方を想定しています。)

上記のとおり領収していることを証明します。 証明日: 年 月 日

また記載されている医療費については公費併用でレセプト請求していません。

医療機関等
名称

連絡先電話番号:

証明担当者名(部署名):

※担当者名記入は必須

(課)

医療機関コード(固有コード7桁):

公費併用でレセプト請求している医療費については記入しないでください。
 二重請求となってしまいます。

合計
円

全 枚
(内管理票 枚)

合計
円

- ※ 証明書料については、患者(申請者)の負担になります。
- ※ 医療機関証明欄は、医療機関ごとにご記入ください。
(一枚で複数の医療機関分を証明することはできません。)
- ※ 足りない場合は、本用紙をコピーしてご使用ください。
(県ホームページからダウンロードすることもできます。)