（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、　　　　　　　　　　　　　　　　　　を代理人と定め、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　　　　　　　　　　　　　㊞ |

　　　　　※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。 |