（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。 | | | | | | | | |