

肝炎治療費等支給申請書（入院・通院共通）

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 金融機関	銀行		支店	ふりがな 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 (年齢)	年 月 日 ( 歳)
加入医療保険	○をつけてください 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 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 総医療費 A (円)	医療保険者等 負担額 A - B (円)	(肝炎公費該当分) 本人窓口支払額 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。  
 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

電話：086-226-7331