

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。

請求者（受給者）

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。
 ・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。ただし、申請書等の不備や保険医療機関・保険薬局の請求遅れや過誤請求がある場合を除きます。

(手順)

- 1 太枠の中をご記入ください。
- 2 本書とともに以下の書類を添付し住所地を管轄する保健所へ提出してください。
 - ①請求者（受給者）の肝炎治療受給者証の写し
 - ②請求者（受給者）の肝炎治療自己負担限度月額管理票の写し
 - ③その他、知事が申請内容の審査に必要と認める書類
- 3 以下の二重線枠内は、保健医療機関または保険薬局に証明してもらってください。

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	

(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)
 岡山県保健医療部疾病感染症対策課
 電話：086-226-7331