

肝炎治療費請求書

静岡県知事 様

静岡県肝炎治療特別促進事業の治療費として下記のとおり請求します。

なお、私が記載した保険診療分患者一部負担額の合計額と交付決定額が異なる場合には、交付決定額を請求額として取り扱うことに同意します。

保険診療分患者一部負担額 合計額（請求額） <div style="text-align: right;">円</div>	請求者	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(千)</td> <td style="text-align: center;">—</td> <td style="text-align: center;">)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">住 所</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">氏 名</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">受 給 者 との続柄</td> <td style="padding: 5px;">電 話 番 号</td> <td style="text-align: center;">— —</td> </tr> </table>	年	月	日	(千)	—)	住 所			氏 名			受 給 者 との続柄	電 話 番 号	— —
年	月	日															
(千)	—)															
住 所																	
氏 名																	
受 給 者 との続柄	電 話 番 号	— —															
交付決定額（正当請求額） <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <div style="text-align: right;">円</div>																	
請求対象 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>																	

（振込先口座）

金融機関名（該当に○）、支店名	預金種別（該当に○）、口座番号	口座名義人（請求者本人）
銀行・信金・信組 農協・労金	普通預金 ・ 当座預金 (総合口座)	カナ
支店		漢字

（添付書類）

この請求書には、次の書類を添付してください。

- 1 肝炎治療費証明書（様式第10号）
- 2 請求者（受給者）の氏名が記載された被保険者証等の写し
- 3 請求者（受給者）の肝炎治療受給者証の写し
- 4 請求者（受給者）の肝炎治療月額自己負担限度額管理票の写し
- 5 当該月において受診した全ての保険医療機関及び保険薬局が発行した領収書、診療明細書及び調剤明細書
- 6 高額療養費の現物給付を受けた場合は限度額適用認定証の写し、高額療養費の支給がある場合はその決定通知書又は所得区分が確認できる書類の写し
- 7 振込先口座の口座番号等が確認できる資料（通帳又はキャッシュカードの写し等）
- 8 その他知事が必要と認める書類

（注）

- 1 太枠内の該当事項は、全て請求者が記入してください。太枠以外の欄は記入しないでください。
- 2 請求書は月ごとに作成してください。別々の月の分を1枚の請求書にまとめて請求することはできません。
- 3 高額療養費制度により、保険者から患者一部負担額の一部が支給される場合、請求額と交付決定額に差が生じることがあります。高額療養費の支給対象となる場合は、保険者に支給申請を行ってください（本事業を併用する旨を申告してください。）。
- 4 交付決定額（支払額）について疑問点があれば請求先までお問い合わせください。