

肝炎治療費請求書 (受給者用)

年 月 日

栃木県知事

様

請求者

〒
住所

(ふりがな)

電話番号 _____

氏名 _____ ⑩

受給者との続柄 ()

振込口座 金融機関名 _____ 支店名 _____ 支店

預金種目 (普通) 口座番号 (請求者名義) _____ ()

患者加入保険の種類 組・共・国組・協・船・国・退・後・その他 (本人・家族)

※債権者コード

※住所コード

※金融機関コード

保険者名称及び番号 ()

○後期高齢者医療被保険者証、または国民健康保険高齢受給者証発行者
負担割合 (1割 ・ 2割 ・ 3割)

※決定額

年 月

年 月

年 月

○受給者と請求者が異なる場合は、必ず記入してください。
ただし、受給者が未成年、請求者が保護者の場合には、記入は不要です。
私 (受給者) は、上記請求者に対し、肝炎治療費の請求及び受領を委任します。
年 月 日

受給者 〒 _____
住所 _____
氏名 _____ 印

年 月 診療分の肝炎治療費 (医療保険分) として、次のとおり請求します。

受給者番号	受給者氏名 (患者氏名)	対象病名	窓口支払額合計	請求額
保険診療点数証明				
診療月	年 月	(患者生年月日・年齢 年 月 日 : 歳) (公費対象開始日 年 月 日 ~)	当月の医療保険対象総点数	入院 _____ 点 外来 _____ 点 調剤 _____ 点
			患者一部自己負担の 月額限度額 (受給者証参照)	備考 (限度額適用認定証等の提示がされ ていた場合には区分を記入してくだ さい)
入院	日 点	入院	円	月額 (円)
外来	日 点	外来	円	
調剤	日 点	調剤	円	
本書のとおり証明します。 年 月 日 所在地 _____ 医療機関等名 _____ 名称 _____ 代表者名 _____ ⑩ TEL _____				

←太線枠は、医療機関等において記入してください。

【医療機関や調剤薬局の方へのお願い】

- 1 保険診療点数証明欄には、当該月の肝炎治療 (インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療) の公費負担対象の点数と患者が実際に窓口で支払った金額をそれぞれ記入してください。
- 2 当月の医療保険対象点数は、該当月のすべての医療保険対象総点数を記載してください。
- 3 複数月の診療分を記載する場合には、裏面に記入してください。
- 4 この用紙は、指定医療機関 (病院・診療所・薬局) ごとに一機関一枚必要です。
また、用紙が足りない場合には、必要枚数をコピーし、御使用ください。

【調剤薬局の方へのお願い】

- 1 「公費負担対象の総点数」欄の「調剤 日 点」の下の () 内に薬剤の処方箋を出した医療機関名を記載してください。

年 月診療分の肝炎治療費（医療保険分）として、次のとおり請求します。

	窓 口 支 払 額 合 計	請 求 額

保 険 診 療 点 数 証 明

診療月 年 月

(患者生年月日・年齢 年 月 日： 歳)
(公費対象開始日 年 月 日～)

当月の医療保険対象総点数 入院_____点
外来_____点
調剤_____点

肝炎治療費の公費負担対象の総点数 (インターフェロン・核酸アナログ製剤・インターフェロンフリー治療に要した診療・調剤点数)	左記のうち患者の 窓口支払額	患者一部自己負担の 月額限度額 (受給者証参照)	備考 (限度額適用認定証等の提示がされていた場合には区分を記入してください)
入院 日 点	入院 円	月額 (円)	
外来 日 点	外来 円		
調剤 日 点 ()	調剤 円		

←太線枠は、医療機関等において記入してください。

年 月診療分の肝炎治療費（医療保険分）として、次のとおり請求します。

	窓 口 支 払 額 合 計	請 求 額

保 険 診 療 点 数 証 明

診療月 年 月

(患者生年月日・年齢 年 月 日： 歳)
(公費対象開始日 年 月 日～)

当月の医療保険対象総点数 入院_____点
外来_____点
調剤_____点

肝炎治療費の公費負担対象の総点数 (インターフェロン・核酸アナログ製剤・インターフェロンフリー治療に要した診療・調剤点数)	左記のうち患者の 窓口支払額	患者一部自己負担の 月額限度額 (受給者証参照)	備考 (限度額適用認定証等の提示がされていた場合には区分を記入してください)
入院 日 点	入院 円	月額 (円)	
外来 日 点	外来 円		
調剤 日 点 ()	調剤 円		

←太線枠は、医療機関等において記入してください。

【医療機関や調剤薬局の方へのお願い】

- 1 保険診療点数証明欄には、当該月の肝炎治療（インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療の公費負担対象の点数と患者が実際に窓口で支払った金額をそれぞれ記入してください。
- 2 当月の医療保険対象点数は、該当月のすべての医療保険対象総点数を記載してください。
- 3 複数月の診療分を記載する場合には、裏面に記入してください。
- 4 この用紙は、指定医療機関（病院・診療所・薬局）ごとに一機関一枚必要です。
また、用紙が足りない場合には、必要枚数をコピーし、御使用ください。

【調剤薬局の方へのお願い】

- 1 「公費負担対象の総点数」欄の「調剤 日 点」の下の () 内に薬剤の処方箋を出した医療機関名を記載してください。

《申請者の方へ》

この申請書は、B型・C型ウイルス肝炎治療医療費助成制度の認定を受けた方が、栃木県肝炎治療受給者証券が交付されるまでの間に支払った医療費（医療保険が適用される医療費）を栃木県に請求するためのものです。

手続きから払い戻しまでには、請求内容の検査・確認や記載事項不備等の理由により、2～3ヶ月程度要します。
あらかじめ御了承ください。

【申請にあたっての注意事項】

- ※欄は記入しないでください。
- 黒色ボールペン又は黒インクを使用して、記入してください。
（鉛筆書き等では受理できません。）
- 請求時には、印鑑（簡易スタンプ印以外）、加入する健康保険証、振込先口座の預金通帳を□御持参ください。
- 医療機関等の窓口でお支払いになった金額のうち、高額療養費に相当する部分は、肝炎治□療請求書では支払えません。
※ 窓口支払額が一定の条件を超える場合は、高額療養費該当が発生する可能性があります。
※ 高額療養費は、所得区分により異なりますので、所得区分を確認の上、保険者（健康保険発行者）に請求してください。
- 保険診療点数証明欄（太線枠内）は、治療を受けた医療機関等において、記入を依頼してください。
- 同じ月に複数の医療機関等で医療費の支払いがあった場合に、その額を合算した金額が月額自己負担限度額を超えた場合には、お返しする額が発生します。
この場合は、受診されたすべての医療機関や調剤薬局で請求書の証明書を受けてください。

《医療機関や調剤薬局の方へ》

【医療機関や調剤薬局の方へのお願い】

- 保険診療点数証明欄には、当該月の肝炎治療（インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療）の公費負担対象の点数と患者が実際に窓口で支払った金額をそれぞれ記入してください。
- 当月の医療保険対象点数は、該当月のすべての医療保険対象総点数を記載してください。
- 保険診療点数の証明にあたりましては、指定医療機関（病院・診療所・薬局）ごとに、一機関一枚必要です。（複数の機関は一枚では証明できません。）
また、用紙が足りない場合には、必要枚数をコピーし、御使用ください。□□

【調剤薬局の方へのお願い】

- 「公費負担対象の総点数」欄の「調剤 日 点」の下の（ ）内に薬剤の処方箋を出した医療機関名を記載してください。