（様式第１３号）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書

年　　月　　日

栃木県知事　　様

請求者　住所　〒

氏名

電話番号　（　　）　　－

○参加者と請求者が異なる場合は、必ず記入してください。

私（参加者）は、上記請求者に対し、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費の請求及び受領を委任します。

年　　月　　日

参加者　住所　〒

氏名

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費を下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。

ふりがな		公費負担者番号	
参加者氏名		公費負担医療の受給者番号	
個人番号			
振込口座（請求者）	（金融機関名） 口座番号	支店 出張所 ふりがな 口座名義	支店コード 種別　普通・当座

※提出にあたっての注意事項。

１．本請求書とともに、下記の書類を添付してください。

① 請求者（参加者）の氏名が記載された医療保険の資格情報が分かる書類

② 請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の写し

③ 請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の写し等（当該医療の行われた月以前の２４月以内に保険医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた月数が既に１月以上あって、指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた旨の記載があるもの）

④ 当該月において受診した全ての医療機関が発行した領収書及び診療明細書

⑤ 振込先の口座番号等が確認できる書類（通帳の写し等）

⑥ 核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付を受けている場合は、助成対象となる医療を受けようとする月以前の２４月以内の「肝炎治療自己負担限度月額管理票」の写し

⑦ その他、知事が必要と認める書類

★マイナンバーを利用する場合、①、⑤の提出を省略できます。

２．振込口座については、請求者（参加者）の名義の口座を記載してください。

３．裏面については、指定医療機関に記入を依頼してください。

（都道府県記入欄）

決定額	百万	十万	万	千	百	十	円

（様式第１３号）

受給者番号	参加者氏名（患者氏名）

保　険　診　療　点　数　証　明

←太線枠は、医療機関において記入してください。

診療月　　年　　月

肝がん・重度肝硬変治療費の公費負担対象の総点数	左記のうち患者の窓口支払額	備　考
入院・通院　　日　　点	入院・通院　　円	
入院・通院　　日　　点	入院・通院　　円	
入院・通院　　日　　点	入院・通院　　円	
入院・通院　　日　　点	入院・通院　　円	
入院・通院　　日　　点	入院・通院　　円	

診療月　　年　　月

肝がん・重度肝硬変治療費の公費負担対象の総点数	左記のうち患者の窓口支払額	備　考
入院・通院　　日　　点	入院・通院　　円	
入院・通院　　日　　点	入院・通院　　円	
入院・通院　　日　　点	入院・通院　　円	
入院・通院　　日　　点	入院・通院　　円	
入院・通院　　日　　点	入院・通院　　円	

本書のとおり証明します。

年　　月　　日

医療機関　所 在 地

名　　称

代表者名　　㊞

電話番号

【医療機関の方へのお願い】

1　保険診療点数証明欄には、当該月の肝がん・重度肝硬変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　この用紙は、指定医療機関（病院・診療所）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。