

肝炎治療費請求書

¥

円

(内訳)

年 月分	窓口支払済額 A (円)	自己負担限度月額 B (円)	差引き払戻し額 A-B (円)

高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第16の4の規定により、関係書類を添えて上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

高知県知事様

(請求者) 住所 _____
氏名 _____ 印
電話番号 _____
(受給者との続柄: _____)

(受給者) 住所 _____
氏名 _____
受給者番号

--	--	--	--	--	--	--

(振込先) 銀行名 _____ 銀行 _____ 支店 _____
預金種別 普通・当座
口座番号 _____
ふりがな _____
名義人 _____

※ 請求者と口座名義人は、同じであること。

添付書類：①肝炎治療特別促進事業療養証明書（別記第9号様式の2）②領収書

③高額療養費の対象となった場合には、それを証明する書類を添えてください。

(注) 請求者と受給者が異なる場合は、受給者の委任状を添えてください。