

肝炎治療特別促進事業療養証明書

受給者氏名		生年月日	明・昭 (歳) 大・平 年 月 日
加入保険	協・組・共・国・後	受給者番号	
保険者名		被保険者証 記号番号	
年 月分	保険診療等総額 A (円)	保険等負担額 (高額療養費等含む) B (円)	自己負担額 A-B (円)
			入院 ・ 通院
			9割
			8割
			7割
			その他 (割)
合計			
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>TEL</p> <p>所在地</p> <p>医療機関等の名称</p> <p>代表者名 印</p>			
<p>(注) 肝炎インターフェロン又は核酸アナログ製剤治療に係る認定期間内の医療費及び薬剤費のみを記入してください。</p>			