

肝炎治療特別促進事業医療費償還払い申請書

年 月 日

高 知 県 知 事 様

申請者（参加者） 住所 〒

氏名

電話番号 （ ） —

肝炎治療特別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								
振込口座 (請求者)	(金融機関名)							支店 出張所	支店コード			種別				
												普通 ・ 当座				
	口座 番号							ふりがな 口座名義								

※提出にあたっての注意事項。

- 本請求書とともに、下記の書類を添付の上、手続きを進めてください。
 - 請求者（受給者）の肝炎治療受給者証の写し
 - 請求者（受給者）の肝炎治療自己負担限度月額管理票の写し等
 - 当該月において受診した全ての保険医療機関等が発行した領収書、診療明細書及び調剤明細書
 - 振込先の口座番号等が確認できる資料（キャッシュカードの写し等）
 - その他（都道府県知事が必要と認める書類）
- 振込口座については、申請者（受給者）の名義の口座を記載してください。

(都道府県記入欄)

決定額	百万	十万	万	千	百	十	円
-----	----	----	---	---	---	---	---