

肝炎治療特別促進事業医療費償還払い申請書

令和8年 4月 1日

高知県知事様

申請者（参加者） 住所 〒780-8570

氏名 高知 太郎

電話番号（088）823-9677

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。

「請求者」と「参加者氏名」、
「口座名義」は同一人として下さい。

ふりがな	こうち たろう							公費負担者 番号	2	2	1	1	1	1	1	1
参加者氏名	高知 太郎							公費負担医療 の受給者番号	3	3	4	4	4	4	4	4
振込口座 (請求者)	(金融機関名) 県庁銀行							県庁	支店	支店コード			種別			
	口座 番号	1	2	3	4	5	6	7	出張所	1	1	1	普通・当座			
	ふりがな							こうち たろう								
	口座名義							高知 太郎								

※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

記入不要（県で確認の上記入します）