

【記入例】

第9号様式（第16関係）

肝炎治療費請求書

※申請者が記入してください。

¥ X 円

記入不要（県で確認のうえ記入します）

（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)
病院のみに支払った場合			
26年7月	14,000	10,000	4,000
26年8月	22,000	10,000	12,000
病院と薬局に支払った場合			
26年7月	3,000	} 10,000	} 5,000
26年7月	12,000		
26年8月	5,000	} 10,000	} 7,000
26年8月	12,000		

高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第16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 26 年 10 月 1 日

高知県知事様

(請求者)と
(口座名義人)
は、同一人として
ください。

(請求者) 住所 高知市丸ノ内1-2-20
 氏名 高知 太郎 印 高知
 電話番号 088-823-9677

(受給者との続柄: 本人)

(受給者) 住所 高知市丸ノ内1-2-20
 氏名 高知 太郎

受給者番号

2	2	1	1	1	1	1
---	---	---	---	---	---	---

(振込先) 銀行名 県庁銀行 県庁支店
 預金種別 普通・当座
 口座番号 123456

ふりがな こうち たらう
 名義人 高知 太郎

※ 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(第9号様式の2(第16関係)) 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付してください。

※※請求者と受給者が異なる場合は、受給者の委任状を添付してください。

医療機関や保険薬局等で記入・証明してもらってください。

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	保険負担 割合	
					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。 平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">TEL 所在地 医療機関等の名称 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>						