

## 肝炎治療費交付申請書

申請年月日：            年    月    日

和歌山県知事 様

交付申請者 (〒            —            )

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 (            ) \_\_\_\_\_

対象患者加入保険の種類 1 協会 (政管) 2 組合 3 船員 4 共済 5 国保 6 後期

月額自己負担限度額 \_\_\_\_\_ 円

肝炎治療受給者証有効期間：            年 月 日 ~            年 月 日

下記のとおり交付申請します。

受給者番号				対象患者氏名				交付申請者との続柄				
振 込 口 座	銀行名等		銀行・信金・信組・農協						支店			
	預金種別		1 普通	2 当座	口座番号							
	フリガナ											
	口座名義人氏名											

	診療 (調剤) 年月	実日数	治療 区分	療養の給付 (食事療養費除く)			食事療養費 負担額 (D)	患者自己負 担金計 (E) C+D	支払 確定額
				総医療費 (A) B+C	医療保険等 給付分(B)	患者負担分 (C)			
①	年 月	入院	日	総額	円	円	円	円	円
			日	肝炎治療分	円	円	円	円	
		通院	日	総額	円	円	円	円	
			日	肝炎治療分	円	円	円	円	
		調剤	日	総額	円	円	円	円	
②	年 月	入院	日	総額	円	円	円	円	
			日	肝炎治療分	円	円	円	円	
		通院	日	総額	円	円	円	円	
			日	肝炎治療分	円	円	円	円	
		調剤	日	総額	円	円	円	円	
		日	肝炎治療分	円	円	円	円		

上記のとおり証明します。

年 月 日

所在地

名 称

代表者

(注)

- 1 太枠で囲んだ部分の証明を医療機関 (調剤薬局含む) で受けてください。複数の医療機関 (調剤薬局を含む) に受診している場合には、それぞれの機関ごとに証明を受けてください。(医療機関ごとに別葉としてください。)
- 2 医療機関 (調剤薬局含む) の領収証を添付してください。
- 3 医療機関等で支払った金額のうち、高額療養費により支給される部分については本事業からは支給されません。別途高額療養費の請求を行ってください。(高額療養費の詳細については、保険者 (健康保険証発行元) にお尋ねください。)