

別紙()

肝炎治療費支払証明書(年 月分)

受給者氏名	負担者番号						3	8	3	2	6	0	1	3
	受給者番号													
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日													
居住地							生年月日		年 月 日					
保険の種類	健保・国保(一般退職)・共済・船員 ・後期高齢・その他()						自己負担割合		1割・2割・3割・()割					
	本人・被扶養者													
診療年月日 (レセプト単位 で記入)	区分	診療科	診療・調剤点数 (有効期間内における 本事業の助成対象の治療 に係る医療保険点数)	診療・調剤費 (A欄に係る自己負担額)	自己負担限度額 (70歳未満の方の入院 に係る高額療養費を現物 給付した場合に記入)	限度額適用 認定証の 所得区分 (A・B・Cを記入)								
			A	B	C	D								
年 月 日	入院		点	円	円									
日~ 日	外来		点	円	円									
(計 日)	保険調剤(薬局)	/	点	円	円									
年 月 日	入院		点	円	円									
日~ 日	外来		点	円	円									
(計 日)	保険調剤(薬局)	/	点	円	円									
年 月 日	入院		点	円	円									
日~ 日	外来		点	円	円									
(計 日)	保険調剤(薬局)	/	点	円	円									
処方せん交付医療機関名 (院外処方せんの場合)														
合計		① 円 ※実際に患者から徴収した自己負担額の合計を記入 (本事業の医療費助成の対象となる治療に係るもののみ)												
平成 年 月 日 上記のとおり肝炎治療費として相違ありません。														
医療機関 所在地 (又は薬局) 名称 職・氏名 印														
担当者名 (所属課) (氏名)														
電話 (- -) (内線)														

(留意事項)

1. 医療機関等で太枠内を全て記載してください。
2. 本事業の助成対象医療は、C型ウイルス性肝炎の根治を目的としたインターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療並びにB型ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療です(保険適用となっているものに限りません)。
3. 2に関わる検査、入院料等も対象となります。
4. 入院時食事・生活療養費は対象となりませんので、標準負担額をA欄及びB欄に含めないでください。
5. 副作用の治療については、インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療の中断を防止するために併用して行う治療のみ対象となります。

裏面に記載時の注意事項等記載してありますのでご覧ください

(別紙様式第10号の2 裏面)

医療機関、薬局の皆様へ

(記載にあたっての注意事項)

- 1 証明の際は、肝炎治療受給者証の提示を受け、島根県から医療費の助成が受けられる者であることを確認してください。
- 2 次の(1)～(6)に該当する場合は助成が受けられないので、証明額に含めないでください。
 - (1) 入院時食事・生活療養費
 - (2) インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療を中断して行う副作用の治療
 - (3) C型ウイルス性肝炎の根治を目的としたインターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療でないもの、又はB型ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療でないもの(表面参照)
 - (4) 医療保険が適用されないもの
 - (5) 肝炎治療受給者証の有効期間から外れるもの
 - (6) 既に島根県に医療費助成額を請求しているもの
- 3 70歳未満の方に高額療養費を現物給付した場合は、自己負担限度額及び限度額適用認定証の所得区分を備考欄に記入してください。
- 4 証明書記載担当者名及び連絡先(問い合わせに対応できる方)を記入してください。