

(別紙様式第10号)

肝炎治療費償還払請求書

(平成 年 月分)

島根県知事 様

以下のとおり請求します。

金 円 (金額は修正できません)

平成 年 月 日

請求者 住所 〒

氏名 ㊟

続柄

\*続柄は受給者から見た場合(本人以外の場合は、以下の委任状の記入が必要です)

| 肝炎治療費内訳     |  |                            |                                       |                                  |                                   |
|-------------|--|----------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| 受給者氏名       |  |                            | 受給者番号                                 |                                  |                                   |
| 疾病名         |  |                            | 自己負担上限額(月額)                           | 円                                |                                   |
| 医療保険        | 健保(本人 家族) 国保(一般本人 一般家族 退職本人 退職家族)<br>共済(本人 家族) 船員(本人 家族) 後期高齢 その他( ) |                            |                                       |                                  |                                   |
| 高齢受給者証(有 無) | 自己負担割合   |                            | 1割                                    | 2割                               | 3割 ( )割                           |
| 医療機関等名      | 区分<br>(該当区分に○を付ける)   | 診療・調剤費<br>(別紙証明書①欄の額)<br>A | 自己負担限度額<br>(Aが高額療養費の償還払い対象となる場合)<br>B | 一部負担額<br>(本事業で定める月額自己負担上限額)<br>C | 請求額<br>A欄の合計またはB欄からC欄の額を引いた額<br>D |
| (証明別紙)      | 入院・外来<br>・保険薬局   | 円                          |                                       |                                  |                                   |
| (証明別紙)      | 入院・外来<br>・保険薬局   | 円                          |                                       |                                  |                                   |
| (証明別紙)      | 入院・外来<br>・保険薬局   | 円                          | ※太枠内は記入しないでください                       |                                  |                                   |
| (証明別紙)      | 入院・外来<br>・保険薬局   | 円                          |                                       |                                  |                                   |
| 合計          |  | 円                          | 円                                     | 円                                | 円                                 |

(委任状)

私は、上記請求者を代理人と定め、島根県から受ける肝炎治療費の請求及び受領について委任します。

平成 年 月 日

受給者(委任者) 住所

氏名

㊟

- ※1. 医療機関等名欄に記載された全ての医療機関等の証明書を添付してください。
- 2. 領収書及び受給者証の写しを添付してください。
- 3. 院外処方の場合は、処方せんの写しを添付してください。
- 4. 高額療養費の現物給付を受けた場合は、限度額適用認定証の写しを添付してください。

【裏面に記載時の注意事項等記載してあります】

(別紙様式第10号 裏面)

この申請書は、島根県肝炎治療医療費助成事業による肝炎治療受給者証の交付を受けた方が、保健所に認定の申請をしてから受給者証の交付を受けるまでの間に支払った医療費について、島根県から医療費の償還払いを受けるためのものです。

**申請者の方へ**

- 1 この申請書で請求できる医療費は、次の(1)から(4)までの要件を全て満たすものです。
  - (1) 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あること
  - (2) 肝炎治療受給者証の有効期間内に受けた診療等であること
  - (3) 医療保険等が適用される医療費であり、医療機関等において肝炎治療受給者証の適用を受けずに支払った医療費であること
  - (4) 医療機関等に支払った1か月の医療保険等適用後の医療費自己負担額が、肝炎治療受給者証に記載されている月額自己負担限度額を超えていること
  
- 2 1か月の診療・調剤費の合計額(A欄)が高額療養費または高額医療費の自己負担限度額を超えている場合は、高額療養費・高額医療費相当額を除いた金額を償還払いします(※)。
 

70歳未満の方で高額療養費の現物給付を受けた方は、限度額適用認定証の写しを添付してください。
  
- 3 請求書の医療機関等名欄に記載された全ての医療機関等の支払証明書を添付してください(文書料などの証明費用は自己負担となります)。
 

また、支払証明を受けた医療機関等の発行する領収書を添付してください。
  
- 4 県において口座の登録を行っていない場合は、入金口座を登録する必要がありますので、口座振替申出書に登録口座の確認のできるもの(預金通帳の該当ページの写し)を添付して請求時に併せて提出してください。

**※高額療養費・高額医療費について**

【算定基準額(平成29年11月22日現在)】

○70歳未満の方の場合

| 所得等区分 |                    | 自己負担限度額(世帯ごと)                   |          |
|-------|--------------------|---------------------------------|----------|
|       |                    | 高額療養費支給回数(直近1年以内)               |          |
|       |                    | 1~3回目                           | 4回目以降    |
| ア     | 標準報酬<br>83万円以上等    | 252,600円+<br>(総医療費-842,000円)×1% | 140,100円 |
| イ     | 標準報酬 53万<br>~79万円等 | 167,400円+<br>(総医療費-558,000円)×1% | 93,000円  |
| ウ     | 標準報酬 28万<br>~50万円等 | 80,100円+<br>(総医療費-267,000円)×1%  | 44,400円  |
| エ     | 標準報酬<br>26万円以下等    | 57,600円                         | 44,400円  |
| オ     | 住民税非課税者            | 35,400円                         | 24,600円  |

○70歳以上の方の場合

| 所得等区分                      | 自己負担限度額          |                            |         |
|----------------------------|------------------|----------------------------|---------|
|                            | 個人単位<br>(外来のみ)   | 世帯単位(外来+入院)                |         |
|                            |                  | 1~3回目                      | 4回目以降   |
| 現役並所得者<br>(課税所得145万円以上等)   | 57,600円          | 80,100円+(総医療費-267,000円)×1% | 44,400円 |
| 一般                         | 年間上限<br>144,000円 | 57,600円                    | 44,400円 |
| 住民税非課税世帯Ⅱ                  | 8,000円           | 24,600円                    |         |
| 住民税非課税世帯Ⅰ<br>(年金収入80万円以下等) |                  | 15,000円                    |         |

\*総医療費は、診療点数×10円

\*詳しくは、ご加入の医療保険の保険者へお問い合わせください。