（別紙様式第 10 号）

肝炎治療費償還払請求書

年　　月　　日

島 根 県 知 事　　殿

請求者（受給者）

住所　〒

氏名

電話番号　（　　）　　－

肝炎治療医療費助成事業の医療費を下のとおり請求します。
なお、支払金額は島根県に登録された口座へ振り込んでください。

ふ り が な		公費負担者番号								
参加者氏名		公費負担医療の受給者番号								／

請求を求める月	年　　月分

〈手順〉
1　太枠の中をご記入ください。
2　本書とともに、下記の書類を添付し最寄りの保健所へ提出してください。
①請求者（受給者）の医療保険の加入状況が確認できるもの写し
②請求者（受給者）の肝炎治療受給者証の写し
③当該月において受診した全ての保険医療機関・薬局が発行した領収書、診療明細書及び調剤明細書
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
⑤〈島根県において口座の登録を行っていない場合のみ〉口座振替申出書、および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等）
⑥その他（知事が必要と認める書類）

（都道府県記入欄）

決定額	百万	十万	万	千	百	十	円