

(別紙様式第7号)

ウイルス性肝炎による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書

年 月 日

島根県知事 殿

請求者(参加者)

| |
|------------|
| 住所 〒 |
| 氏名 |
| 電話番号 () - |

ウイルス性肝炎による肝がん・重度肝硬変治療研究促進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 |
|---------|------|

※償還払い請求ができるのは下記のような場合です。

- ・助成を受けられる月であるが窓口で参加者証を提出しなかった場合。
- ・同一の医療機関に複数回入院したことにより助成を受けられる金額(高額療養費算定基準額)に到達した場合。
- ・通院医療に係るもので高額療養費の限度額を超える場合。

〈手順〉

- 1 太枠の中をご記入ください。
- 2 本請求書とともに、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 被保険者証、高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証のコピー
 - ② ウイルス性肝炎による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証のコピー
 - ③ ウイルス性肝炎による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票のコピー等
 - ④ 請求を求める月において受診した全ての医療機関が発行した領収書及び診療明細書
 - ⑤ 口座振替申出書 ※初めて償還払請求をする場合のみ
 - ⑥ 核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付を受けている場合は、助成対象となる医療を受けようとする月以前の12月以内の「肝炎治療自己負担限度月額管理票」の写し

(都道府県記入欄)

| | | | | | | | |
|-----|----|----|---|---|---|---|---|
| 決定額 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|-----|----|----|---|---|---|---|---|

(別紙様式第7号)