

(様式第10号)

令和 年 月 日

山形県知事 殿

(請求者) 住所 _____

氏名 _____ ㊟

(受給者との続柄:)

電話番号 _____

肝炎治療療養費請求書

受給者番号						受給者氏名	
-------	--	--	--	--	--	-------	--

請求額 円 (年 月分)

患者負担額 (A)	自己負担限度額 (B)	高額療養費 (C)	公費請求額 (A - B - C)
円	円	円	円

- ※1 診療月ごとの請求を行ってください。
- ※2 上記Aは裏面医療機関証明欄Dに同額となります。
- ※3 医療機関に支払った医療費が高額な場合、高額療養費の対象となる場合がありますので、必ず保険者に請求し、支給を受けてから請求を行ってください。また、高額療養費の支給を受けた場合は、保険者からの支給決定書(写し)を必ず添付してください。
- ※4 入院時食事療法標準負担額及び入院時生活療養標準負担額については公費負担になりませんのでご注意ください。

振込口座

口座名義 (受給者名義) ※カタカナで記入						
銀行名	本・支店名	支店番号	種別	口座番号 (右づめで)		
銀行	本店 支店		1 普通 2 当座			

- ※1 受給者本人の振込口座を記入してください。
- ※2 振込口座の金融機関の通帳の写し(通帳の表紙を1枚めくったページ)を添付してください(ふりがな、支店確認のため)。
- ※3 医療機関に支払った領収書(写しでも可)を添付してください。
裏面に医療機関証明欄がありますので、必ず証明を受けてください。

(様式第10号裏面)

医療機関証明欄

肝炎治療に関する領収済み金額 (D)			円 (月分)		
入院 外来 薬剤	診療 実日数	医療 保険 種 別	総医療費	医療保険等 負担分	患者負担分
入・通・薬		(割)	円	円	円

- ※1 この証明欄は、肝炎治療を受けた患者さんが、医療機関の窓口で支払った医療費を支給するために必要な事項について、医療機関からの証明をお願いします。
- したがって、肝炎治療以外の治療等については支給の対象になりませんので記入しないでください。
- ※2 入院時食事療養標準負担額及び入院時生活療養標準負担額については公費負担の対象になりませんので、除いた額での記載をお願いします。
- ※3 証明は月単位となります。

令和 年 月 日

裏面の受給者について上記の領収済み金額のとおり領収したことを証明します。

医療機関の名称 _____

住所 _____

代表者 _____ 印