

B型・C型肝炎患者医療給付事業費請求書(受給者請求用)

令和 年 月 日

愛知県知事殿

区分

請求者情報表: フリガナ氏名(口座名義人), 住所, 電話番号, 請求者名義の口座(銀行コード, 支店番号, 口座番号), ①ゆうちょ銀行以外, ②ゆうちょ銀行

※ ゆうちょ銀行以外の場合は①の欄に、ゆうちょ銀行の場合は②の欄に記入してください。

受給者情報表: 氏名, 公費負担者番号, 受給者番号, 自己負担限度額

下記のとおり請求します。

請求金額※ 円

(医療機関・調剤薬局証明欄)

請求の理由表: 診療年月, 診療科名, 区分, 診療日数, 診療(調剤)報酬明細書による点数(月計), 自己負担割合, 付加給付額, ※支払確定額内訳

証明欄: (注)・受給者の承認期間を確認の上、証明してください。(承認日前の診療分は算定しないこと。), (注)・複数の診療科で受診の場合、月単位で合算した点数を記入してください。 上記のとおり証明します。 所在地, 名称, 代表者 職・氏名, 電話番号, 医療機関等コード(10桁), 証明担当者名, ※支払確定額, 確定額証明者

- 注 1 太線で囲った部分は、医療機関または調剤薬局で証明を受けてください。(※欄は記入しないでください。)
注 2 振込口座の名義人は、請求者と同じにしてください。
注 3 自己負担が高額療養費制度の自己負担限度額を超えた場合、その超えた額については、保険者又は市町村に高額療養費の請求をおこなってください。
* 自己負担限度額については、保険者または市町村にお尋ねください。
注 4 請求の際には、医療機関又は調剤薬局発行の領収書(原本)を添付してください。
注 5 領収書(原本)の返却を希望される場合は、請求書提出時に返信用封筒及び切手を同封してください。お振込みは、県が請求書を受け付けた月の翌月末日の予定です。
注 6 この請求書は、直接、愛知県保健医療局感染症対策局感染症対策課結核・肝炎グループ(〒460-8501 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号 電話052-954-6626)へ提出してください。(郵送可)



