

青森県知事 殿

年 月 日

請求者	住所	〒
	電話番号	()
	氏名	(受給者との続柄：)

肝炎治療療養費請求書

下記のとおり、肝炎治療療養費を請求します。
 なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。

記

振込口座	銀行・信金・信組・農協・漁協	店	普通	口座番号	
			当座	口座種別(カタカナ)	
受給者番号	受給者氏名				
	受給者個人番号				

診療年月	入院・ 入院外・ 調剤の別	診療 日数	医療保 険種別	総医療費 (円)	肝炎治療 医療費 (円) A	医療保険 等給付分 (円) B	患者負担 分(円) C=A-B	高額療 養費 (円) D	自己負担 限度額 (円) E	請求額 (円) F=C-D-E
年 月分										
年 月分										
年 月分										
年 月分										
合 計										

上記金額は、肝炎治療に関する内容によるものであり、「患者負担分C」欄の額を領収済みであることを証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 代表者氏名 印

(青森県記入欄)

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

《請求者の方へ》

- 次に掲げる請求理由のうち該当するものにチェックをしてください。
 - 受給者証交付前に受診したため
 - 受給者証を提出せずに受診したため
 - その他(理由：)
- この請求の対象となる方は、受給者証の有効期間内で、すでに支払いをした肝炎治療受給者証の対象治療に関する医療費のうち、自己負担限度額を超え、払い戻しがある方です。該当される方は、この請求書を作成し県の保健所に提出してください。
- 請求書の太枠内に記載、押印をしてください。振込口座は、請求者名義の口座としてください。
- 添付書類
 - ① 受給者が加入する医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」若しくは「資格確認書」又はマイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」等
 - ② 受給者証の写し(表面、裏面)
 - ③ 個人番号を記載しない場合、振込先の口座番号が確認できる通帳又はキャッシュカードの写し
 ※請求者が受給者と同一かつ申請書に受給者の個人番号の記載がある場合、①③は省略可能(ただし、③はマイナンバーに紐付けられた受給者の口座番号を記載した場合に限る。)
 (裏面に続く)

- 4 この請求書は、医療機関、薬局毎に作成し、二重線枠内をそれぞれの医療機関、薬局に記載、証明してもらってください。
- 5 保険適用外のもの、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は、この請求の対象とはなりませんので御注意ください。
- 6 患者負担分（月額）が高額療養制度の対象となる方は、保険者に高額療養費の請求を行い、高額療養費の支給決定通知書（写し）を添付の上、請求してください。高額療養費は、この請求の対象となりませんので御注意ください。（高額療養制度については、保険者にお尋ねください。）
- 7 高額療養費として健康保険から払い戻される分については差し引いてお支払しますので、青森県が保険者へ確認する場合があります。照会の結果、払い戻しがある場合は、本請求に対する支払はできないことがあります。
- 8 受給者以外の方が請求者となる場合は、委任状が必要となります。（受給者が未成年で父又は母が請求者の場合は不要）
- 9 審査により、請求額どおりに支払われないことがありますので御承知おきください。

《医療機関、薬局の方へ》

- 1 表面の二重線枠内に記載、証明して下さるようお願いいたします。
- 2 「総医療費」欄は保険適用の医療費総額を記載してください。
- 3 「肝炎治療医療費A」欄は「総医療費」のうち抗ウイルス治療（インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療）に関するもの（初診料、再診料、投薬料、注射料、検査料、入院料等）を記載してください。なお、保険適用外のもの、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は除外してください。
- 4 「医療保険等給付分B」欄は「肝炎治療医療費A」のうち医療保険等により給付される額を、「患者負担分C」欄は「肝炎治療医療費A」のうち患者が支払った負担額を記載してください。

委 任 状

年 月 日

青森県知事 殿

委任者（受給者）住所
氏名

印

私は、肝炎治療療養費の請求及び受領に係る一切の権限を、下記の者に委任します。

記

受任者 住 所
氏 名
続 柄

印