

青森県知事 殿

		年 月 日
請求者	住所	〒
	電話番号	( )
	氏名	印（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。

記

請求額	円	決定額	円
-----	---	-----	---

振込口座	銀行・信金・信組・農協・漁協	店	普通当座	口座番号	
				口座種別(カカ)	
受給者番号		受給者氏名			

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										

<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関 所在地 名 称 代表者氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>
---

《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○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、すでに支払った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保健所に提出してください。保健所に持参される際には受給者証を窓口に表示してください。
- 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。

(裏面に続く)

第11号様式（第16関係）（裏面）

- 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（保険証発行元）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 上記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