

肝炎治療費償還払い請求書

年 月 日

山口県知事 様

(申請者※)

〒
住 所
氏 名
続 柄
電話番号

※申請者は口座名義人と同一であること。

山口県肝炎治療特別促進事業事務取扱要領第17の(2)の規定により、以下のとおり申請します。
なお、支払金額については、次の口座に振り込んでください。

請求額 _____ 円 (_____ 年 月 ~ _____ 月分)

決定額 円

(内訳)

※決定額は、申請者は記載しないこと。

	(_____ 月分)	(_____ 月分)	(_____ 月分)
①医療機関・薬局での患者負担額計 (助成対象医療のみ)	円	円	円
②高額療養費等	円	円	円
③月額自己負担限度額	円	円	円
④公費負担額 (請求額) ※④=①- (②+③)	円	円	円
請 求 理 由 【該当するものにチェック】	<input type="checkbox"/> 受給者証交付前の受療 <input type="checkbox"/> 受給者証の提示し忘れ	<input type="checkbox"/> 受給者証交付前の受療 <input type="checkbox"/> 受給者証の提示し忘れ	<input type="checkbox"/> 受給者証交付前の受療 <input type="checkbox"/> 受給者証の提示し忘れ

振込先 金融機関	銀行 信用金庫	支店 出張所						名義人 (カタカナ) ※
	当座 ・ 普通	口座 番号						

※口座番号は、右詰めで記載してください。

受給者名							生年月日 (年齢)	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)									
公費負担番号	3	8	3	5	6	0	1	0	受給者番号								

医療保険	健保 (本人 家族) 共済 (本人 家族)	国保 (一般本人 一般家族 退職本人 退職家族) 船員 (本人 家族)	後期高齢	その他 (_____)
高齢受給者証 (有 無)	自己負担割合	1割	2割	3割 (_____) 割

【裏面に請求時の注意事項等を記載していますので、ご覧下さい。】

—————下記には申請者は記入しないでください。—————

保 健 所 受 付 日 ※ 添付書類が揃っていること、高額療養費の適用有無を必ず確認すること。		本 課 受 付 日	
--	--	-----------	--

必要書類: ①肝炎治療費償還払い請求書 (様式第12号-1)、②医療機関・薬局発行の領収証 (原本添付のこと)、③受給者証・管理票の写し、④被保険者証の写し、⑤保険者・市町等からの医療費に関する通知、⑥高額療養費の現物給付を受けた場合は限度額適用証の写し ⑦振込先の口座番号等が確認できる資料 (キャッシュカードの写し等)

(様式第12号—1裏面)

この申請書は、山口県肝炎治療特別促進事業による肝炎治療受給者証の交付を受けた方が、

- ① 保健所に受給者証の交付申請を行ってから受給者証の交付を受けるまでの間
- ② または、受給者証の交付を受けた後、受給者証の提示を行わずに受療した際に支払った助成対象医療費について、山口県から医療費の償還払いを受けるためのものです。

申請される方へ

- 1 この申請書で請求できる医療費は、次の(1)から(4)の要件を全て満たすものになります。
 - (1) B型、C型慢性肝炎等の根治を目的としたインターフェロン治療やインターフェロンフリー治療又はB型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療であること(保険適用の範囲であること)。
 - (2) 肝炎治療受給者証の有効期間内に受けた診療等であること。
 - (3) 医療保険等が適用される医療費であり、医療機関、調剤薬局において、肝炎治療受給者証の適用を受けずに支払った医療費であること。
 - (4) 医療機関、調剤薬局に支払った1か月の医療保険等適用後の医療自己負担額が、肝炎治療受給者証に記載されている月額自己負担限度額を超えていること。
- 2 高額療養費・高額医療費等の対象となる場合は、必ず先にその手続きを行い、高額療養費等の支給額が分かる書類(又は不支給であることが分かる書類)を添付した上で申請を行ってください。高額療養費等の支給額を確認の上、肝炎治療費助成の支給額を計算します。

高額療養費・高額医療費等の自己負担限度額は、年齢や所得等区分によって異なりますので、申請者において、保険者に確認してください。

また、高額療養費の現物給付を受けた場合は、限度額適用認定証の写しを添付してください。
- 3 診療月に複数の医療機関等で助成対象となる医療等を受けている場合は、月ごとにまとめて請求してください。
- 4 この請求書が提出された後、県から受診された医療機関・薬局に支払内容の確認の照会をします。
- 5 インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療と核酸アナログ製剤治療を併用している受給者の自己負担限度月額は、両治療に係る費用の合計に対する1人あたりの月額限度額として算定します。
- 6 原則として、受給者が償還払い請求を行ってください。また、振込先の口座は、申請者が名義人となっていることが必要です。

やむを得ず、受給者以外が申請される場合は、下記の委任状に記入してください。

(委 任 状)

私は、上記申請者を代理人と定め、山口県から受ける肝炎治療費の請求及び受領について委任します。

年 月 日

受給者(委任者) 住 所

氏 名