

ウイルス肝炎医療費償還払い請求書

年 月 日

\_\_\_\_\_保健所長 様

請求者(受給者) 住所 〒

氏名

電話番号 ( ) -

ウイルス肝炎医療費を下のとおりに請求します。  
なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。

ふりがな							公費負担者 番号								
参加者氏名							公費負担医療 の受給者番号								
振込口座 (請求者)	(金融機関名)						支店 出張所	支店コード		種別					
	口座 番号						ふりがな								
							口座名義								

※提出にあたっての注意事項。

- 本請求書とともに、下記の書類を添付の上、手続きを進めてください。
  - 請求者(受給者)の氏名が記載された被保険者証等の写し
  - 請求者(受給者)のウイルス肝炎医療費受給者証の写し
  - 請求者(受給者)のウイルス肝炎治療自己負担限度月額管理票の写し(抗ウイルス療法の場合)
  - 当該月において受診した全ての医療機関が発行した領収書及び診療明細書
  - 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)
  - その他(保健所長が必要と認める書類)
- 振込口座については、請求者(受給者)の名義の口座を記載してください。

(保健所記入欄)

決定額	百万	十万	万	千	百	十	円

(注) 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の償還払いを請求する場合は、様式第4号の2を使用してください。