

新旧対照表(R6.4.1)

新	旧																																																																																																																																																																																																																											
<p>様式第4号</p> <p style="text-align: right; color: red;">R6.4改正</p> <p style="text-align: center;"><b>ウイルス肝炎医療費償還払い請求書</b></p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>_____保健所長 様</p> <p style="text-align: center;">請求者（受給者） 住所 〒 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">電話番号（ ） _____</p> <p style="margin-top: 20px;">ウイルス肝炎医療費を下のとおり請求します。 なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width:15%;">ふりがな</td> <td style="width:35%;"></td> <td style="width:10%;">公費負担者番号</td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> </tr> <tr> <td>参加者氏名</td> <td></td> <td>公費負担医療の受給者番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">振込口座 (請求者)</td> <td>(金融機関名)</td> <td>支店 出張所</td> <td>支店コード</td> <td>種別</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>口座番号</td> <td>ふりがな 口座名義</td> <td></td> <td>普通・当座</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="margin-top: 20px;">※提出にあたっての注意事項。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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。             <ol style="list-style-type: none"> <li>① 請求者（受給者）の氏名が記載された被保険者証等の写し</li> <li>② 請求者（受給者）のウイルス肝炎医療費受給者証の写し</li> <li>③ 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）</li> <li>④ 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</li> <li>⑤ 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）</li> <li>⑥ その他（保健所長が必要と認める書類）</li> </ol> </li> <li>2. 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。</li> </ol> <p style="margin-top: 10px;">(保健所記入欄)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width:40%;">決定額</td> <td style="width:10%; text-align: center;">百万</td> <td style="width:10%; text-align: center;">十万</td> <td style="width:10%; text-align: center;">万</td> <td style="width:10%; text-align: center;">千</td> <td style="width:10%; text-align: center;">百</td> <td style="width:10%; text-align: center;">十</td> <td style="width:10%; text-align: center;">円</td> </tr> </table> <p style="margin-top: 20px;">(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。</p>	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		普通・当座			決定額	百万	十万	万	千	百	十	円	<p>様式第4号 ※2頁目「委任状」はは様式第4号3へ</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;"><b>ウイルス肝炎医療費給付請求書</b></p> <p style="text-align: right;">請求金額 _____ 円</p> <p>年 月 から 年 月 まで医療費を上記のとおり請求します。</p> <p>年 月 日 (千 ー )</p> <p style="text-align: center;">請求者 住所 _____ (受給者) 氏名 _____ 電話番号 _____</p> <p>_____保健所長 様</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width:10%;">口座振込 希望金融 機関等</td> <td style="width:30%;">銀行名 _____</td> <td style="width:30%;">銀行・農協 信用金庫 信用組合 店 所 _____</td> <td style="width:10%;">口座 名義人</td> <td style="width:20%;">_____氏名 _____</td> </tr> <tr> <td>預金種別</td> <td colspan="3">普通・当座・貯蓄</td> <td>口座番号 _____</td> </tr> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">注 請求者本人の口座を記入してください。（医療機関等へ委任する場合は、裏面の委任状への記載をお願いします。）</p> <p style="margin-top: 5px;">加入医療保険証の発行機関 _____</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">診療等月別内訳</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th colspan="7">ウイルス肝炎医療費証明書（医療機関記入欄）</th> <th colspan="3">保健所記入欄</th> </tr> <tr> <th>加入医療</th> <th colspan="5">国保・国退・健組・社保・共済・その他（ ）</th> <th colspan="3"></th> </tr> <tr> <th>保険種別</th> <th colspan="5">本人・家族・高齢</th> <th colspan="3"></th> </tr> <tr> <th>診療年月</th> <th>区 分</th> <th>医療等に 係る費用</th> <th>患者窓口 支払額(円)</th> <th>診療 日数</th> <th>高額療養費 受給額(円)</th> <th>受給者自己 負担額(円)</th> <th>公費負担額 (円)</th> <th colspan="2"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">年 月 日 入 院 ※新規の場合のみ日付を記入</td> <td>入院計 (医療費総計)</td> <td style="text-align: right;">点</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>うち抗ウイルス療法(再掲)</td> <td style="text-align: right;">点</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>食事療養・居住費</td> <td style="text-align: right;">円</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">年 月 日 外 来</td> <td>外来計</td> <td style="text-align: right;">点</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>うち抗ウイルス療法(再掲)</td> <td style="text-align: right;">点</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>訪問看護</td> <td style="text-align: right;">円</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">年 月 日 入 院</td> <td>入院計 (医療費総計)</td> <td style="text-align: right;">点</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>うち抗ウイルス療法(再掲)</td> <td style="text-align: right;">点</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>食事療養・居住費</td> <td style="text-align: right;">円</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">年 月 日 外 来</td> <td>外来計</td> <td style="text-align: right;">点</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>うち抗ウイルス療法(再掲)</td> <td style="text-align: right;">点</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>訪問看護</td> <td style="text-align: right;">円</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="margin-top: 10px;">処方箋交付医療機関名 _____ (※別処による欄の場合)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th rowspan="2">区 分</th> <th colspan="7">A B C D E F G</th> </tr> <tr> <th colspan="2">重症</th> <th colspan="3">本人</th> <th colspan="2">製剤</th> </tr> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">ウイルス肝炎の医療等に係る費用、患者窓口支払額及び診療日数は、上記のとおりであることを証明します。 他の公的医療給付との重複等についても、確認済みです。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th rowspan="3">月 額 限 度 額</th> <th>入 院</th> <td>抗ウイルス療法</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <th rowspan="2">外 来</th> <td>〃 以外</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>抗ウイルス療法</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </table> </div>	口座振込 希望金融 機関等	銀行名 _____	銀行・農協 信用金庫 信用組合 店 所 _____	口座 名義人	_____氏名 _____	預金種別	普通・当座・貯蓄			口座番号 _____	ウイルス肝炎医療費証明書（医療機関記入欄）							保健所記入欄			加入医療	国保・国退・健組・社保・共済・その他（ ）								保険種別	本人・家族・高齢								診療年月	区 分	医療等に 係る費用	患者窓口 支払額(円)	診療 日数	高額療養費 受給額(円)	受給者自己 負担額(円)	公費負担額 (円)			年 月 日 入 院 ※新規の場合のみ日付を記入	入院計 (医療費総計)	点								うち抗ウイルス療法(再掲)	点								食事療養・居住費	円								年 月 日 外 来	外来計	点								うち抗ウイルス療法(再掲)	点								訪問看護	円								年 月 日 入 院	入院計 (医療費総計)	点								うち抗ウイルス療法(再掲)	点								食事療養・居住費	円								年 月 日 外 来	外来計	点								うち抗ウイルス療法(再掲)	点								訪問看護	円								区 分	A B C D E F G							重症		本人			製剤		月 額 限 度 額	入 院	抗ウイルス療法	円	外 来	〃 以外	円	抗ウイルス療法	円
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		普通・当座																																																																																																																																																																																																																								
決定額	百万	十万	万	千	百	十	円																																																																																																																																																																																																																					
口座振込 希望金融 機関等	銀行名 _____	銀行・農協 信用金庫 信用組合 店 所 _____	口座 名義人	_____氏名 _____																																																																																																																																																																																																																								
預金種別	普通・当座・貯蓄			口座番号 _____																																																																																																																																																																																																																								
ウイルス肝炎医療費証明書（医療機関記入欄）							保健所記入欄																																																																																																																																																																																																																					
加入医療	国保・国退・健組・社保・共済・その他（ ）																																																																																																																																																																																																																											
保険種別	本人・家族・高齢																																																																																																																																																																																																																											
診療年月	区 分	医療等に 係る費用	患者窓口 支払額(円)	診療 日数	高額療養費 受給額(円)	受給者自己 負担額(円)	公費負担額 (円)																																																																																																																																																																																																																					
年 月 日 入 院 ※新規の場合のみ日付を記入	入院計 (医療費総計)	点																																																																																																																																																																																																																										
	うち抗ウイルス療法(再掲)	点																																																																																																																																																																																																																										
	食事療養・居住費	円																																																																																																																																																																																																																										
年 月 日 外 来	外来計	点																																																																																																																																																																																																																										
	うち抗ウイルス療法(再掲)	点																																																																																																																																																																																																																										
	訪問看護	円																																																																																																																																																																																																																										
年 月 日 入 院	入院計 (医療費総計)	点																																																																																																																																																																																																																										
	うち抗ウイルス療法(再掲)	点																																																																																																																																																																																																																										
	食事療養・居住費	円																																																																																																																																																																																																																										
年 月 日 外 来	外来計	点																																																																																																																																																																																																																										
	うち抗ウイルス療法(再掲)	点																																																																																																																																																																																																																										
	訪問看護	円																																																																																																																																																																																																																										
区 分	A B C D E F G																																																																																																																																																																																																																											
	重症		本人			製剤																																																																																																																																																																																																																						
月 額 限 度 額	入 院	抗ウイルス療法	円																																																																																																																																																																																																																									
	外 来	〃 以外	円																																																																																																																																																																																																																									
		抗ウイルス療法	円																																																																																																																																																																																																																									

新

様式第4号の2

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書

R6.4 改正

年 月 日

\_\_\_\_\_保健所長 様

請求者（参加者） 住所 〒

氏名

電話番号 ( ) -

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費を下のとおり請求します。  
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			
						普通・当座			
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（参加者）の氏名が記載された被保険者証、高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証の写し
  - 請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の写し
  - 請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の写し等
  - 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）
  - 核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付を受けている場合は、助成対象となる医療を受けようとする月以前の2.4月以内の「肝炎治療自己負担限度月額管理票」の写し
  - 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（参加者）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以外の償還払いを請求する場合は、様式第4号を使用してください。

旧

様式第4号の2

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書

R3.4 追加

年 月 日

\_\_\_\_\_保健所長 様

請求者（参加者） 住所 〒

氏名

電話番号 ( ) -

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費を下のとおり請求します。  
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			
						普通・当座			
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（参加者）の氏名が記載された被保険者証、高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証の写し
  - 請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の写し
  - 請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の写し等
  - 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）
  - 核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付を受けている場合は、助成対象となる医療を受けようとする月以前の1.2月以内の「肝炎治療自己負担限度月額管理票」の写し
  - 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（参加者）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以外の償還払いを請求する場合は、様式第4号を使用してください。

新

旧

様式第4号の3

様式第4号の3 ※様式第4の2頁目

(医療費の受領に関し委任する場合のみ記入してください。)

(医療費の受領に関し委任する場合のみ記入してください。)

委 任 状

委 任 状

私は、下記事業の当該ウイルス肝炎医療費給付の請求に係る受領を次の者に委任します。

私は、当該ウイルス肝炎医療費給付の請求に係る受領を次の者に委任します。

( ウイルス肝炎医療費医療費給付事業 / 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業 )

委任先 住所 (〒 - )  
(受領者)

委任先 住所 (〒 - )  
(受領者)

氏名

氏名

年 月 日

年 月 日

委任者 住所 (〒 - )  
(請求者)

委任者 住所 (〒 - )  
(請求者)

氏名

氏名

口座振込 希望金融 機関等 (受領者)	銀行名	銀行・農協 信用金庫 信用組合	店 所	口 座 名義人	列ナ 氏 名
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄		口座番号	
銀行の窓口で受領		銀行		支店	

口座振込 希望金融 機関等 (受領者)	銀行名	銀行・農協 信用金庫 信用組合	店 所	口 座 名義人	列ナ 氏 名
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄		口座番号	
銀行の窓口で受領		銀行		支店	

新

旧

様式第4号の4

様式第4号の4  
(新設)

R6.4 追加

ウイルス肝炎医療費給付請求書に係る受領申立書

令和 年 月 日

長野県〇〇保健所長 様

受給者氏名

代表相続人 \_\_\_\_\_ 印

受給者との続柄：

故 の特定医療費について、相続人を代表して次のとおり受領を申し立てます。  
また、事務手続きについての一切を引き受けると共に、本申立てについて問題  
が生じた場合は私が責任を持って処理し、貴職には一切のご迷惑をかけること  
を誓約いたします。

(〒 \_\_\_\_\_ )

代表相続人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

振込口座 金融機関名 \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 支店・支所 \_\_\_\_\_

預金口座の種別 普通 \_\_\_\_\_ 当座 \_\_\_\_\_

口座番号 \_\_\_\_\_

(フリガナ)

口座名義人 \_\_\_\_\_

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。

- ① 代表相続人が法定相続人の1人であることを証明できる書類  
(住民票、戸籍謄本等)
- ② 死亡診断書の写し又は除籍謄本
- ③ その他 (保健所長が必要と認める書類)

新

様式第8号

ウイルス肝炎医療費受給者証等 再交付申請書															
受給者 (参加者)	受給者番号												有効期間	年 月 日 から	年 月 日 まで
	氏 名														
	住 所														
申請理由	破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失														
<p>上記理由により、ウイルス肝炎医療費受給者証、<u>(肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証)</u>の再交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 (〒 - )</p> <p>申請者</p> <p>(電話 - - )</p> <p>氏 名</p> <p>受給者<u>(参加者)</u>との続柄 ( )</p> <p>_____ 保健所長 様</p>															
												管轄保健所收受印欄			

(注) 破損又は汚損の場合は、受給者証 (参加者証) を添付してください。

旧

様式第8号

ウイルス肝炎医療費受給者証 再交付申請書															
受給者	受給者番号												有効期間	年 月 日 から	年 月 日 まで
	氏 名														
	住 所														
申請理由	破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失														
<p>上記理由により、ウイルス肝炎医療費受給者証の再交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 (〒 - )</p> <p>申請者</p> <p>(電話 - - )</p> <p>氏 名</p> <p>受給者との続柄 ( )</p> <p>_____ 保健所長 様</p>															
												管轄保健所收受印欄			

(注) 破損又は汚損の場合は、受給者証を添付してください。