

肝炎治療請求書

平成 年 月 日

沖縄県知事 殿

請求者	住所	〒
	氏名	印 電話番号( )

振込先口座	銀行名	銀行		支店
	預金の種別	普通・当座	口座番号	
	(カカナ) 口座名義人			

※請求金額

下記について、肝炎治療費として請求します。

受給者氏名		公費負担医療の受給者番号	
加入保険	協・組・船・共・国・後 付加給付額( )	負担割合(1割・2割・3割)	

領収済証明書 (医療機関・調剤薬局証明欄)						
年月分	区分	診療日数	診療報酬・調剤点数 総点数	左記のうち対象治療診療報酬・調剤点数	対象医療患者負担額 (徴収済額)	備考
年 月	入院 外来 調剤	日	点	点	円	
年 月	入院 外来 調剤	日	点	点	円	
年 月	入院 外来 調剤	日	点	点	円	
	計					

※ 県記載欄			
高額療養費	付加給付額	月額自己負担限度額	※支払決定金額
			円
			円
			円

上記のとおり、肝炎治療促進事業の治療費を領収済みであることを証明します。

平成 年 月 日

(医療機関等) 住所  
名称  
代表者

印

担当者名 (所属課)  
電話

70歳未満の方の入院に係る高額療養費を現物給付した場合は、限度額適用認定証の所得区分 A・B・Cを備考欄に記載して下さい。

※対象医療：C型ウイルス性肝炎の根治を目的として行われるインターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療並びにB型ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療で保険適用のとなっているもの。

## 肝炎治療費請求書について

### (申請者の方へ)

ウイルス性肝炎に係る抗ウイルス治療(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)に対する医療費助成の受給認定を行い、受給者証を交付いたしました。受給者証が交付されるまでの間に支払った有効期間内の対象医療費について、払い戻しを要する負担額のある方は、払い戻しの手続を行うことができます。

手続は、別添様式第8号「肝炎治療費請求書」に必要書類等を添付いただき保健所に申請します。(医療機関にて領収済証明欄を記入)

ただし、下記事項等により払い戻し額が生じない場合もあります。ご不明な点等ありましたら管轄保健所もしくは県健康長寿課へお問い合わせ下さい。

- 窓口での支払が、月額自己負担限度額に満たない場合
- 後日医療機関・薬局から払い戻しがあつた場合
- 組合保険、共済等の付加給付額が支給され、払い戻し額が生じない場合
- 他の医療費助成制度等により給付された場合 など

提出先：保健所

提出書類：肝炎治療費請求書、債権者登録用紙、領収書

持参頂くもの：受給者証、自己負担限度額管理票、預金通帳(写し等可)、印鑑

- ①受給者と口座名義人は、同一として下さい。
- ②費用の支払いは口座振替になりますので、「振込銀行口座」欄に必要事項を記載してください。郵便局は利用できません。
- ③支払の対象となるのは次の費用です。
  - 有効期間内に受けたウイルス性肝炎に対する抗ウイルス治療に係る保険診療の医療費で、窓口でお支払いになった額から、高額療養費、付加給付及び自己負担限度額を差し引いた額。(高額療養費等に該当する部分については、支給対象となりません。)
  - 一旦支払った後、医療機関等から払い戻しを受けたものは対象となりません。支払いの対象があるかどうか不明な時は医療機関等にお問い合わせください。
  - 自己負担が高額療養費制度の自己負担限度額を超えた場合、その超えた額については、保険者又は市町村に高額療養費の請求を行って下さい。その場合、高額療養費の手続後、保健所

### (医療機関・薬局の方へ)

- ①太線で囲った部分を記入して下さい。
- ②月毎の医療費について、支払った金額が月額自己負担限度額を超えた場合に証明をお願いします。ただし、複数の医療機関・薬局を利用している場合、自己負担限度額を超えることがありますので証明をお願いします。(支払額が限度額以内の場合、払い戻しは生じません。)  
一旦徴収した後、還付を行った場合は対象となりません。
- ③有効期間内に受けたウイルス性肝炎に対する抗ウイルス治療に係る保険診療の医療費で、窓口でお支払いになった金額から、高額療養費、付加給付及び自己負担限度額を差し引いた額。(高額療養費等に該当する部分については支給対象となりません。)
- ④証明していただく医療費は、ウイルス性肝炎に対する抗ウイルス治療の対象治療に係る医療費に限