

(別紙様式7の2)

領 収 証 明 書

() 様にかかる医療費の内訳は以下のとおりです。

肝炎治療受給者証有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

診療期間	区 分	治療の 区 分	自己負担額 (保険適用分)			入院時 食事療養費		患 者 負担分計
			総医療費	医療保険 等給付分	患 者 負担分	総食事 療養費	患者負 担分	
			A=B+C	B	C	D	E	
平成 年 月分 (日~ 日)	入 院 通 調 院 剤	総 額	円	円	円	円	円	円
		う ち 助成対象	円	円	円	円	円	円
平成 年 月分 (日~ 日)	入 院 通 調 院 剤	総 額	円	円	円	円	円	円
		う ち 助成対象	円	円	円	円	円	円
平成 年 月分 (日~ 日)	入 院 通 調 院 剤	総 額	円	円	円	円	円	円
		う ち 助成対象	円	円	円	円	円	円
平成 年 月分 (日~ 日)	入 院 通 調 院 剤	総 額	円	円	円	円	円	円
		う ち 助成対象	円	円	円	円	円	円
平成 年 月分 (日~ 日)	入 院 通 調 院 剤	総 額	円	円	円	円	円	円
		う ち 助成対象	円	円	円	円	円	円

上記のとおり領収したことを証明します。

保険医療機関・所在地

職氏名

印

(裏面に記載時の注意事項等を記載しています。必ず御一読ください)

保険医療機関、保険薬局の皆様へ

※領収証明書と併せて、必ず該当するレセプトの写しを提出いただきますようお願いいたします。

(記載にあたっての注意事項)

- 1 本証明書を作成される際は、肝炎治療受給者証の提示を受けている熊本県肝炎治療医療費助成の受給者であることを確認してください。
- 2 本事業の助成対象医療は、B型又はC型肝炎ウイルスの除去を目的としたインターフェロン治療、又はB型肝炎ウイルスによる慢性活動性肝疾患に対して行われる核酸アナログ製剤治療です。
- 3 以下の(1)～(6)に該当する場合は助成対象となりませんので、助成対象額に含めないでください。
 - (1) 入院時食事・生活療養費等(差額ベッド代や個室料金等)
 - (2) インターフェロン治療や核酸アナログ製剤治療を中断して行う副作用の治療
※治療を中止しないために必要な副作用の治療については対象とする。
 - (3) B型又はC型ウイルス性肝炎に対するインターフェロン治療でないもの、又はB型肝炎ウイルス性肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療でないもの(インターフェロンの少量長期投与、肝庇護療法等も対象となりません)
 - (4) 肝炎以外の疾病に対する治療費
 - (5) 医療保険が適用されないもの
 - (6) 肝炎治療受給者証の有効期間以外に実施したインターフェロン治療又は核酸アナログ製剤治療
 - (7) インターフェロン製剤投与終了後の経過観察に要する費用
- 4 記載内容を訂正する場合は、二重取消し線に訂正印を押印のうえ訂正いただくか、あるいは新しい様式に記載しなおしてください。
- 5 記載漏れ等がある場合には問い合わせ又は再提出を依頼することがあります。