（別紙様式７）

※太枠の中のみ、楷書ではっきり記載してください。

肝炎治療費請求書（療養費払用）

熊本県知事　　　　　　　　様

平成　　年　　月　　日

請　求　者　〒＿＿＿＿＿＿電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

受給者番号								受給者氏名	
自己負担限度月額	円／月							請求対象月	年　月～　　年　月
請求の理由	□　申請してから受給者証が交付されるまでの間、支払ったため □　その他 ※ 理由を記載してください （　　　　　　　　　　　　　　　）								
支払希望銀行 （本人名義）	銀行　　（本店・支店・出張所） 口座番号：　普・当　　第　　　　号 口座名義人（フリガナ）：　　（　　　　）								

医　療　費　請　求　額	円
請　求　額　の　根　拠	

医療機関名	患者負担額	
	円	②高額療養費相当額：　　円 （区分：　　多数該当　　月分）
	円	③附加給付相当額：　　円 ・組合名： ・１月当たり　　　円以上 ・薬局合算　あり・なし
	円	
	円	④自己負担額：　　円 （　　　　　）
	円	○ **請求額（①－②－③－④）** **円**
①合　　計	円	

■■■請求書記入上の注意事項■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■

１．この請求書は、受給者証の有効期間内に月額自己負担限度額を超えて肝炎治療に係る医療費を支払った場合のみ提出してください。

２．**領収証明書（別紙様式　）及び診療報酬明細書（レセプト）（いずれも医療機関・薬局が作成したもの）及び受給者証の写し（請求月の月額管理票が分かる部分を含む）**を添付してください。

４．証明書等の取得に係る費用は助成対象にはなりません。

５．**振込希望口座の名義人は、原則として請求者（受給者）と同一**にしてください。

６．記載の訂正は二重取消線を引き、訂正印を押印のうえ、記載しなおしてください。

７．高額療養費制度及び附加給付の自己負担額を超えた額については対象となりません。

８．記載の誤りや添付書類の不足がある場合、支給できないことがあります。