

肝炎治療費請求書 (療養費払分)

茨城県知事 殿

審査決定金額※この欄は記入しないこと

円

(千 ー)

請求者 住 所

氏 名

印

(受給者との続柄:)

電話番号 () ー

被保険者 (※請求者と異なる場合のみ記入押印願います。)

住 所

氏 名

印

ふ り が な 受 給 者 氏 名		受 給 者 番 号	
請 求 理 由 該当番号に○を 付けてください。	1 受給者証の交付前に治療を受けたため 2 受給者証を提示せず治療を受けたため 3 その他 ()		

年 月分 ~ 年 月分を次のとおり請求します。

なお、この請求に関して不明な点がある場合、茨城県が直接、保険者等に対し、照会を行うことに同意します。

年 月 日

請求金額 円

〈振込先〉 *請求者と口座名義人は同一にしてください。

金融機関名	銀行		支店
口座種別・番号	普通・当座	No.	
ふりがな	-----		
口座名義人			

※添付書類

- ① 領収書又は領収書 (写)
- ② 肝炎治療受給者証 (写) 及び自己負担上限額管理表 (写) (該当月)
- ③ 加入医療保険被保険者証 (写)
- ④ 療養証明書 (様式第 13 号) 又はこれに準ずる医療機関又は保険薬局が発行する証明書もしくは診療 (調剤) 報酬明細書 (写) 等
- ⑤ 付加給付がある場合は、その通知 (証明) 書
- ⑥ 高額療養費の支給がある場合は、その決定通知書

注 意 事 項

《肝炎治療費を請求される方へ》

- 1 肝炎治療費助成事業は、原則として医療機関に県が治療費を支払う制度です。
しかし、受給者証の交付申請をしてから交付を受けるまでに治療を受けた場合や肝炎治療受給者証を提示しないで治療を受けた場合に支払った医療費については、この請求書により、県に対し、医療費の払戻（償還払い）請求を行うことができます。（ただし、本制度の対象治療に係る医療費に限ります。）
- 2 払戻の請求ができるのは、認定された疾患について本事業で助成対象となっている保険医療費に限ります。
なお、認定された疾患に関わりのない治療（ケガや虫歯の治療など）や保険適用外のサービス（差額ベット代、文書料など）は払戻の対象になりません。
- 3 この申請書は、住所地を管轄する保健所に提出してください。提出後、各保健所において内容確認を行ったうえ、疾病対策課において審査及び払戻の手続きをしますので、口座振込までには、3ヶ月程度を要する場合がありますのでご了承ください。
- 4 医療費の払戻（償還払い）額を確定するため、保険者等に対し、照会を行うことがありますのでご了承ください。
- 5 請求書の記載にあたって
 - (1) 請求者の氏名欄に必ず押印してください。
 - (2) 「請求理由」欄には、該当する番号に○を付けてください。なお、「3 その他」に○を付けた場合には、その理由をお書きください。
 - (3) 請求金額欄の訂正（取消線・修正液等）はできません。訂正が生じた場合は新たな用紙に書き直しをお願いします。
 - (4) 再度、通帳等により、振込先を確認してください。
 - (5) 口座名義欄には、必ずふりがなを記入してください。

請求書に添付する領収書を確定申告等で使用する場合は、請求書提出時に必ず保健所に申し出てください。窓口で領収書の原本を確認後、返却することができます。なお、請求書提出後の領収書の返却はできませんので、ご注意ください。

保険医療費（食事療養費を除く）の支払が一定額を超える場合は、ご加入の健康保険から高額療養費制度による払戻を受けることができます。（高額療養費制度で払戻を受けることができる治療費については、この請求書に含むことができません。）高額療養費制度についての詳しいことは、各医療保険の保険者（健康保険組合や国民健康保険）にお問い合わせください。

また、肝炎治療受給者になったことについて、各医療保険の保険者にご連絡をお願いします。