

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

公費負担者番号	3	8	1	4	6	0	2	3
受給者番号								
参加者氏名								
生年月日	年 月 日			性別	男・女			
振込先口座	普通当座		銀行 信用組合 農協 その他			支店 支所 出張所 (ゆうちょ銀行店番)		
口座番号								
口座名義人	カタカナで記入してください							
金融機関コード	支店コード		備考					

太枠の中に記入し、医療機関等に証明を受けてください。出来上がりしましたら、神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課まで郵送してください。なお、振り込みまでは3か月程度かかります。

神奈川県知事 様		申請日	年	月	日
肝がん・重度肝硬変入院医療費の払戻しを請求します。 また、左記口座への払戻金の振込を希望します。					
請求者氏名					
請求者住所	〒 -				
請求者電話番号	()				
参加者との続柄 [レ印をつけて ください]	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()				

※ 申請される方は、裏面をお読みいただき、上記の太枠内を記入してください(色のついた部分は、記入しないでください)
※ 高額療養費については、ご加入の公的医療保険にお問い合わせください

肝がん・重度肝硬変入院関係医療費証明書【医療機関等証明欄】 内のみ記入してください。

保険種別	<該当するものを○で囲んでください> 協会けんぽ・組合・船員・日雇・共済・国保・退職国保 ・後期高齢・国保組合・その他 ()			参加者証有効期間	年	月	日から	日まで
診療年月	被保険者負担割合	治療区分	参加者証記載の所得区分	診療日数	月の総点数	肝がん・重度肝硬変入院関係医療に係る患者からの領収額 (A)	償還決定額・払戻額 (B) (B=A-10,000)	
					肝がん・重度肝硬変入院関係医療と認められる点数			
年 月	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤		日	[] 点	円	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤		日	[] 点	円	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤		日	[] 点	円	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤		日	[] 点	円	円	円

<備考欄>

※医療費を受けている者から領収し、払戻しの対象となる金額をご記入ください(証明手数料や入院にかかる食事療養費等は、払戻しの対象となりません)。
※同一月に肝がん・重度肝硬変の対象医療以外の治療も行っている場合は、払戻しの対象医療の点数欄上部の[]に保険診療総点数をご記入ください。

上記のとおり領収していることを証明します。	証明日	年	月	日
医療機関等名 称	連絡先電話番号：			
所在地	証明担当者名(部署名)：			
代表者氏名	() 課			
代表者印	医療機関コード(固有コード7桁)			

合計	円
全	枚
合計	円

※ 証明書料については、申請者の負担になります。
※ 医療機関等証明欄は、医療機関ごとにご記入ください。一枚で複数の医療機関分を証明することはできません。

【請求前に必ずお読みください】

- 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が医療費の支払いまでに交付されなかった場合などの理由から、助成対象となる医療費を自己負担限度額月額1万円を超えて医療機関に支払った場合は、1万円を超えた部分について神奈川県に対して、この請求書を利用して払戻しを請求することができます。
- 請求することが出来る肝がん・重度肝硬変の対象医療は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の有効期間において、医療の給付を受けようとする日の属する月以前の24月以内に、保険医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた月数が既に1月以上ある場合であって、指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療（高額療養費は支給されるものに限る。）を受けた月のものに限られます。
- 肝がん・重度肝硬変に関わりのない治療（怪我や虫歯の治療など）、食事療養費、保険適用外サービス（差額ベッド代など）、証明書料は払戻しの対象とはなりません。
- 請求することが出来るのは、原則参加者本人となります。また、振込口座に記載することが出来るのは、原則参加者本人名義の口座です。やむを得ず参加者以外の方が請求する場合、又は参加者以外の口座への振り込みを希望する場合は、下の委任状欄への記載を必ず行ってください。（委任状欄に記載がない場合、払戻しはできません。）
- 請求する際は、本請求書とともに、請求者（参加者）の限度額適用区分のわかる書類の写し及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の写しを添付してください。（医療記録票は、医療を請求する月の記載があるものを提出していただきます。）
- 請求書の医療機関証明欄は、医療費の支払いを行った指定医療機関又は保険薬局に証明を受けてください。ただし、請求にあたり複数の医療機関等分を提出する際は、医療機関や保険薬局ごとにこの請求書を作成してください。（複数の医療機関等分を1枚にまとめることはできません。）
- 請求書は、下記住所へ直接郵送で提出してください。
- 請求を収受してから支払いまで、概ね3か月程度かかりますのでご了承ください。
- 高額療養費による払戻しは、この請求書による払戻しより優先されます。そのため、高額療養費制度により払戻しを受けることが出来る金額は神奈川県より払戻しすることはできません。高額療養費制度による払戻しについては、御加入されている医療保険の保険者へお問合せください。

委任状

私は、次の者を代理人と定め、神奈川県の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。

神奈川県知事 様

年 月 日

【委任者（参加者本人）】

住 所 _____

氏 名 _____

連絡先電話番号 _____

【受任者（請求及び受領する者）】

住 所 _____

氏 名 _____

連絡先電話番号 _____

<本請求書の提出先・問合せ先>

神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課 疾病対策グループ
〒231-8588 横浜市中区日本大通1 電話：045-210-4795（直通）