

肝炎治療費給付申請書（払戻請求書）

※裏面を必ずお読みください

申請日： 年 月 日

公費負担者番号	3 8 1 4 6 0 1 5						
受給者番号							
受給者氏名							
生年月日	年 月 日 (歳)			性別	男・女		
振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農協 その他 (ゆうちょ銀行店番)						支店 支所 出張所
口座番号	1 普通						2 当座
口座名義人	カタカナで記入してください						

神奈川県知事 殿

肝炎治療費の払戻を請求します。
払戻金の振込先口座は左記口座を希望します。
なお、本申請に関して不明な点がある場合は、神奈川県が直接、保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が神奈川県に当該情報を提供することに同意します。

申請者氏名	
申請者住所	〒 -
申請者電話番号	()
受給者との続柄 (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 ()

～高額療養費制度適用『無』の方へ～

神奈川県が審査した結果、高額療養費制度適用の可能性があると判断した場合は、後日文書にて照会をさせていただきますことがあります。

なお、高額療養費制度の適用有無の確認や具体的な請求手続き等については、ご加入されている医療保険の保険者(保険証の発行元)にお問い合わせください。

肝炎治療費証明書【医療機関証明欄】

※ 色のついた部分は、記入しないでください
※ 詳細な記入例は県ホームページに掲載しています

受給者証有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		受給者証交付日	年 月 日	J : 10,000円 K : 20,000円	履歴 交付	有・無 新・延再・更
保険区分	協会けんぽ・組合・共済・国保・後高齢 ・国保組合・その他 ()		★受給者から実際に領収した金額(高額療養費制度を適用した場合は、適用後の領収金額)の内、肝炎治療費に関する払戻の対象となる金額のみを記入してください。				
診療年月	被保険者負担区分	診療区分	診療日数	公費の対象となる肝炎治療の点数	高額療養費制度適用有無	受給者からの領収額	県からの払戻額
☆同一月に肝炎以外の治療も行っている場合は、診療日数又は点数欄上部の[]に診療総日数又は保険診療総点数をご記入ください。 ([] の下部には肝炎治療に関する診療日数又は保険診療点数のみご記入ください)							
平成 30年 3月	<input type="checkbox"/> 定額 <input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤	[☆ 15] 13 (回)日	[☆ 130,500] 130,395 点	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	★ 57,600 円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <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	[] (回)日	[] 点	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <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	[] (回)日	[] 点	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <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	[] (回)日	[] 点	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円

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

また記載されている医療費については公費併用でレセプト請求していません。

医療機関等
名称

所在地

代表者氏名

印

↑代表者印

連絡先電話番号：

証明担当者名(部署名)：

※担当者名記入は必須

(課)

医療機関コード(固有コード7桁)：

合計

円

全 枚

(内管理票 枚)

合計

円

※ 証明書料については、患者(申請者)の負担になります。

※ 医療機関証明欄は、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。

※ 足りない場合は、本用紙をコピーしてご使用ください。

(県ホームページからダウンロードすることもできます。)