

# ウイルス肝炎医療費給付請求書

請求金額 円

年 月 から 年 月 まで医療費を上記のとおり請求します。

年 月 日 ( 千 ー )

請求者 住所  
(受給者) 氏名  
電話番号

保健所長 様

受給者番号

口座振込 希望金融 機関等	銀行名	銀行・農協 信用金庫 信用組合	店 所	口 座 名 義 人	フリガナ 氏 名
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄		口座番号	

注 請求者本人の口座を記入してください。(医療機関等へ委任する場合は、裏面の委任状への記載をお願いします。)

加入医療保険証の発行機関

## 診 療 等 月 別 内 訳

### ウイルス肝炎医療費証明書 (医療機関記入欄)

### 保 健 所 記 入 欄

加入医療 保険種別	国保・国退・健組・社保・共済・その他( ) 本人 ・ 家族 ・ 高齢						
診療年月	区 分	医療等に 係る費用	患 者 窓 口 支 払 額 (円)	診療 日数	高額療養費 受給額(円)	受給者自己 負担額(円)	公費負担額 (円)
年 月 ( 日 から) ※新規の場合 のみ日付を記 入	入 院	入院計 (医療費総計)	点		/		
		うち抗ウイルス 療法(再掲)	点				
		食事療養・居住 費	円				
外 来	外 来	外来計	点		/		
		うち抗ウイルス 療法(再掲)	点				
		訪問看護	円				
年 月	入 院	入院計 (医療費総計)	点		/		
		うち抗ウイルス 療法(再掲)	点				
		食事療養・居住 費	円				
外 来	外 来	外来計	点		/		
		うち抗ウイルス 療法(再掲)	点				
		訪問看護	円				
年 月	入 院	入院計 (医療費総計)	点		/		
		うち抗ウイルス 療法(再掲)	点				
		食事療養・居住 費	円				
外 来	外 来	外来計	点		/		
		うち抗ウイルス 療法(再掲)	点				
		訪問看護	円				

処方箋交付医療機関名  
(院外処方による薬局の場合)

区 分	A B C D E F G							
	重症		本人			製剤		
月 額 限 度 額	入 院	抗ウイルス療法						円
		〃 以外						円
外 来 等	外 来 等	抗ウイルス療法						円
		〃 以外	( 円)					

ウイルス肝炎の医療等に係る費用、患者窓口支払額及び診療日数は、上記のとおりであることを証明します。

他の公的医療給付との重複等についても、確認済みです。

医療機関・薬局 年 月 日

所在地

名 称

(電話番号: )

代表者名



(ウイルス肝炎と関連のない費用は含めないでください)

※他の主な公的医療給付との適用順位は次のとおりです  
 ・ウイルス肝炎医療費と福祉医療費では、前者が優先  
 ・ウイルス肝炎医療費と障害者自立支援医療（更生医療、育成医療）では、後者が優先

(注) 加入医療保険が変更となった場合は、別葉としてください。

(注) 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の償還払いを請求する場合は、様式第4号の2を使用してください。

(医療費の受領に関し委任する場合のみ記入してください。)

## 委 任 状

私は、当該ウイルス肝炎医療費給付の請求に係る受領を次の者に委任します。

委任先 住所 (〒 - )  
(受領者)

氏名

年 月 日

委任者 住所 (〒 - )  
(請求者)

氏名

口座振込 希望金融 機関等 (受領者)	銀行名	銀行・農協 信用金庫 信用組合	店 所	口 座 名 義 人	フリガナ 氏 名	
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄		口座番号		
	銀行の窓口で受領		銀行		支店	