

肝炎医療費請求書 (療養費払用)

熊本県知事 様

年 月 日

請求者 氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

住所 熊本県 \_\_\_\_\_ 市・郡 \_\_\_\_\_ 区・町・村 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

受給者番号 \_\_\_\_\_

自己負担限度月額	円/月	請求対象月	年 月 ~ 年 月
請求の理由	<input type="checkbox"/> 申請してから受給者証が交付されるまでの間、医療費を支払ったため <input type="checkbox"/> その他 (※理由を記載してください)		
支払希望金融機関 (本人名義)	金融機関名		支店(店舗)名
	口座種別	普通・当座	口座番号
	口座名義人(フリガナ)		( )
請求額	円		

添付書類:

- ① 請求月の領収証明書 (別紙様式7の2) (保険医療機関・保険薬局毎に作成)
- ② ①に該当する診療明細書
- ③ 受給者証の月額管理票の写し
- ④ 高額療養費に該当する場合のみ、その決定額通知書

裏面に注意事項があります。

熊本県使用欄		
支給決定額の根拠		
保険医療機関・保険薬局名	窓口支払額	②高額療養費相当額: 円
	円	(区分: 多数該当 月分)
	円	③自己負担額: 円
	円	
	円	○ 支給決定額 (①-②-③)
	円	
①合計	円	円

## 肝炎治療受給者証の交付を受けた方へ

※肝炎医療費請求書を提出する前に必ずご確認ください。

### 1. 月額自己負担限度額を超えた額をお支払いの場合、ご請求ください

保険医療機関や保険薬局で対象となる医療について、1か月分の医療費が受給者証に記載のある月額自己負担限度額を超えた場合に、この請求書を提出してください。

### 2. 高額療養費に該当する場合は、先に高額療養費の手続きから行ってください

高額療養費に該当する場合には、先に加入している医療保険に手続きを行ってください。肝炎治療費助成は、保険適用となる医療費自己負担のうち、加入している保険者から給付される高額療養費の金額を除いた部分が対象となります。

### 3. 対象となる医療

対象医療：インターフェロン・インターフェロンフリー・核酸アナログ製剤治療について「保険適用」となる医療費

対象外：食事代、入院時の個室料金、診断書作成料、その他対象外の治療に対する医療費

●ご不明な点は、熊本県健康危機管理課（電話：096-333-2783）又は各保健所へお問い合わせください。

●提出は、熊本県健康危機管理課へ郵送又は持参ください。又はお住いの地域を管轄する保健所へ持参することも可能です。

●提出先

郵便番号 862-8570（住所の記載が省略できます）

熊本市中央区水前寺6-18-1

熊本県健康福祉部 健康危機管理課 行