

※肝炎治療受給者の方が、こちらの様式を持参された場合は、併せて、該当するレセプトも発行いただきますようお願いいたします。(請求書の添付書類として必要)

様式

記入例

領収証明書

食事療養費、生活療養費は助成対象外ですので、別欄記載となります。

受給者証の有効期間を記載

( 受給者氏名を記載 ) 様 内訳は以下のとおり

医療受給者証有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

診療期間	区分	治療の区分	自己負担額 (保険適用分)			入院時 食事療養費		患者 負担分計
			総医療費	医療保険 等給付分	患者 負担分	総食事 療養費	患者負 担分	
			A=B+C	B	C	D	E	
平成25年 6月分 (1日~8日)	入院 通院 調剤	総額	300,000円	210,000円	90,000円	30,000円	9,000円	99,000円
		うち 助成対象	100,000円	70,000円	30,000円	0円	0円	30,000円
平成 年 月分 ( 日 ~ 日 )	入院 通院 調剤	総額						円
		うち 助成対象						円
平成 年 月分 ( 日 ~ 日 )	入院 通院 調剤	総額						円
		うち 助成対象						円
平成 年 月分 ( 日 ~ 日 )	入院 通院 調剤	総額						円
		うち 助成対象						円
平成 年 月分 ( 日 ~ 日 )	入院 通院 調剤	総額	円	円	円	円	円	円
		うち 助成対象						

レセプトごとに分けて記入

● **総額**: 診療報酬明細書(レセプト)と突合し、貴医療機関で受給者に対し行った全ての医療行為(保険適用分のみ)に係る金額及びその内訳を記載してください。

● **うち助成対象**: 総額のうち、医療費助成の対象となる肝炎治療に係る分(保険適用分のみ)、及びその内訳を記載してください。

**【注意事項】**  
肝炎治療(インターフェロン又は核酸アナログ製剤治療)とその他の疾病(例えば、風邪、高血圧、がん等)の治療が同一レセプトに含まれる場合、「その他の疾病の治療」に係る費用は助成対象にはなりません。

※ 訂正が生じた場合は、二重取消し線を記載のうえ、訂正印を押して書き直してください。  
※ 記入漏れ、押印漏れ等がある場合、レセプトと照合し疑義を生じた場合は、訂正をお願いすることがあります。

上記のとおり領収したことを証明

医療機関・所在地

職氏名

