

肝炎治療費申請書

金 額	百	十	万	千	百	十	円
-----	---	---	---	---	---	---	---

ただし、肝炎治療特別促進事業実施要綱に基づく医療費

患者氏名	生 年 月 日	年 齢
	年 月 日	歳
公費負担者番号		月額自己負担限度額
受給者番号		円
受給者証の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
療養費払いとなった理由	1 受給者証の有効期間内の療養で、受給者証が届く前に医療費を支払ったため 2 その他 ()	
高額療養費等の該当	支給決定通知書等の添付 有 ・ 無 (添付なしの場合、その理由) 1 高額療養費等に該当しないことが明らかなため 2 高額療養費等に該当せず、かつ、保険者から通知が発出されないため(年 月 へ該当しない旨確認) 3 その他 ()	

上記のとおり、関係書類を添えて治療費を申請します。
 また、この申請に関して、京都府が必要に応じ医療機関及び健康保険組合等に対し照会することについて、同意します。

年 月 日

京都府知事 様

(〒 —)
 申請者 住 所
 氏 名 ④

※自筆の場合は押印不要

[電話 () —]

振込先	銀 行	本店	普通	口座番号	
	信用金庫		支店	当座	(フリガナ)
	農 協			口座名義	

- ※1 振込先口座は申請者の口座に限ります。
 なお、申請者氏名と患者氏名が異なる場合は、委任状が必要です。
- ※2 療養証明書(領収書不可)を添付して、お近くの保健所等から申請してください。
- ※3 高額療養費、付加給付(一部負担金返戻金・家族療養費等)の支給に該当される方は、保険者が発行する高額療養費等支給決定通知書を添付してください。
- ※4 申請の対象は、受給者証の有効期間内の治療で、かつ肝炎治療特別促進事業の対象医療に限ります。
- ※5 高額療養費等の該当の有無は、必ず保険者に確認してください。(自己申告不可)
- ※6 限度額認定票をお持ちの方も、高額療養費等の該当になる場合がありますので、必ず保険者に確認してください。

必ず、受給者証のコピーを添付してください。