

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い申請書

参加者氏名	生 年 月 日	年 齢
	年 月 日	歳
公費負担者番号		
受給者番号		
参加者証の有効期間	年 月 日 ~	年 月 日

関係書類を添えて肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費を申請します。

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

(印)

申請者 住 所

氏 名

[電話 () -]

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

- ※1 振込先口座は申請者の口座に限ります。
なお、申請者氏名と参加者氏名が異なる場合は、委任状が必要です。
- ※2 以下の書類を添付して、お近くの保健所等から申請してください。
- ① 申請者（参加者）の氏名が記載された被保険者証、高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証の写し
 - ② 申請者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の写し
 - ③ 申請者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の写し等
 - ④ 当該月において受診した全ての医療機関が発行した領収書及び診療明細書
 - ⑤ 振込先の口座番号等が確認できる資料（キャッシュカードの写し等）
 - ⑥ 核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付を受けている場合は、助成対象となる医療を受けようとする月以前の24月以内の「肝炎治療自己負担上限額管理票」の写し
- ※3 申請の対象は、参加者証の有効期間内の治療で、かつ肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の対象医療に限ります。