

肝炎治療費請求書

静岡県知事 様

静岡県肝炎治療特別促進事業の治療費として下記のとおり請求します。

なお、私が記載した保険診療分患者一部負担額の合計額と交付決定額が異なる場合には、交付決定額を請求額として取り扱うことに同意します。

保険診療分患者一部負担額 合計額（請求額） 円	請求者	年 月 日 (千 一) 住 所 氏 名 受 給 者 との続柄 電話番号 — —
交付決定額（正当請求額） _____ 円		
請求対象 _____ 年 月診療分		

（受給者証記載事項）

受給者番号	受給者氏名	月額自己負担限度額（該当に○）
		1万円 2万円
受給者証有効期間	年 月 日 ~	年 月 日

（振込先口座）

金融機関名（該当に○）、支店名	預金種別（該当に○）、口座番号	口座名義人（請求者本人）
銀行・信金・信組 農協・労金	普通預金 ・ 当座預金 (総合口座)	カナ
支店		漢字

（医療費自己負担額）

	証明書発行元の名称	区分	診療報酬明細書の 保険診療分 総医療費 (証明書A欄の額)	保険診療分 患者一部 負担額 (証明書C欄の額)	査定額
医療 機関 分		入院	円	円	円
		入院外	円	円	円
		入院	円	円	円
		入院外	円	円	円
薬局 分		調剤	円	円	円
		調剤	円	円	円
合計額				円	円
高額療養費算出（所得区分 _____） ①変動 自己負担基準額 + (総医療費 - 基準総医療費) × 1% = _____ 円					
②定額 _____ 円					
月額自己負担限度額					円
査定合計額 = 高額療養費 - 月額自己負担限度額					円

- (注) 1 太枠内の該当事項は、全て請求者が記入してください。太枠以外の欄は記入しないでください。
 2 請求書は月ごとに作成してください。別々の月の分を1枚の請求書にまとめて請求することはできません。
 3 高額療養費制度により、保険者から患者一部負担額の一部が支給される場合、請求額と交付決定額に差が生じることがあります。高額療養費の支給対象となる場合は、保険者に支給申請を行ってください。（本事業を併用する旨を申告してください。）
 4 高額療養費の現物給付を受けた場合には限度額適用認定証の写しを、高額療養費の支給がある場合にはその決定通知書の写し又は所得区分の確認できる書類の写しを添付してください。
 5 交付決定額（支払額）について疑問点があれば請求先までお問い合わせください。