

肝炎治療費請求書					
福井県知事 様					年 月 日
請求者			氏名 (発行責任者及び担当者)	住所	連絡先 (電話番号)
下記のとおり肝炎治療費を請求します。					
受給者氏名			受給者番号		
自己負担限度額	円				
有効期間	年 月 日 ~		年 月 日		
疾患名	B型肝炎ウイルスによる 1 慢性肝炎 2 代償性肝硬変 3 非代償性肝硬変 C型肝炎ウイルスによる 4 慢性肝炎 5 代償性肝硬変	保険種別	1 協会 2 組合 3 共済 4 国保 5 後期高齢者	続柄	1 本人 2 家族
他に受けている医療の給付					
振込先 (請求者名義の口座)	銀行 金庫 農協	支店 支所	種別	普通・当座	
口座番号	フリガナ 口座名義				
請求額 金 円					
診療年月	診療実日数	保険診療 総医療費※	社会保険等 負担額※	患者自己 負担額※	差引請求額
年 月	入院 日	円	円	円	円
	通院 日	円	円	円	円
	薬剤一部負担金	円	円	円	円
	調剤薬局 日	円	円	円	円
	合計	円	円	円	円
年 月	入院 日	円	円	円	円
	通院 日	円	円	円	円
	薬剤一部負担金	円	円	円	円
	調剤薬局 日	円	円	円	円
	合計	円	円	円	円

添付書類：保険医療機関および保険薬局の発行した領収書（保険点数が記載されているもの）または別紙証明書

※ 肝炎治療特別促進事業の対象医療にかかるものに限る。