（様式第13号）

年　　月　　日

# 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

福井県知事　様

申請者（参加者）住所　〒

氏名

電話番号　（　　）　　－

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費の償還払いを申請します。
なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。

<table>
<tr><td>ふりがな<br>申請者<br>（参加者）氏名</td><td colspan="2"></td><td>公費負担者<br>番　　号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">振込口座<br>（請求者）</td><td colspan="2" rowspan="2">（金融機関名）</td><td>公費負担医療<br>の受給者番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>支店<br>出張所</td><td>支店コード</td><td colspan="2">種別<br>普　通・当　座</td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td colspan="3"></td><td>ふりがな<br>口座名義</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

※提出にあたっての注意事項

１．本申請書とともに、下記の書類を添付の上、手続きを進めてください。

①　申請者（参加者）の限度額適用区分を確認することができるもの

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すべての医療機関が発行した領収書および診療明細書

⑤　振込口座の通帳の口座情報が確認できる部分（通常は表紙の裏側）の写し

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「自己負担限度額管理票」の写し

⑦　その他必要な書類

２．振込口座については、申請者（参加者）の名義の口座を記載してください。

（福井県記入欄）

| 決　定　額 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |