

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書

奈良県知事 殿

請求者（参加者） 住 所 〒

（電話

氏 名

(振込口座の名義が代理人の場合は代理人の氏名の記載と押印)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の 年 月分の医療費を下のとおり請求します。

なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。

請求額

(請求金額は決定金額ではありません。)

ふりがな							公費負担者 番号								
参加者氏名							公費負担医療 の受給者番号								
振込口座	(金融機関名)						支店 出納所	支店コード		種別					
	口座 番号						ふりがな 口座名義								
※参加者と振込口座の名義人が異なる場合は、委任欄に必ず署名してください。															
委任欄	私は、標記医療費の受領の権限を、代理人： (続柄：)に委任します。 参加者氏名														
福祉医療 制度の受給	無 ・ 有 （ 障害 ・ 乳幼児 ・ ひとり親 ・ 重度 ・ 精神 ） ※該当するものに○をつけてください														

※提出にあたっての注意事項

1. 本請求書とともに、下記の書類を添付の上、住所地を管轄する保健所に提出してください。
- ① 請求者（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 請求者（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 請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票の写し
 - 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
- ※その他知事が必要と認める書類の提出が必要となる場合があります。
2. 確定申告等の理由により、領収書原本の返却を希望する場合は、返信先の住所、宛名（参加者名）を記載し、返送に必要とする金額分の切手を貼付した返信用封筒を請求書類と一緒に提出してください。

(奈良県記入欄)

決定額	百万	十万	万	千	百	十	円
-----	----	----	---	---	---	---	---