

肝炎抗ウイルス治療医療費公費負担申請書

奈良県知事 殿

*日付は必ずご記入ください

年 月 日

領収書を添え、下記のとおり肝炎抗ウイルス治療の医療費の支給を申請します。

申請者氏名(受給者本人) 電話番号 申請者住所 振込先(銀行コード、店番、フリガナ、名義人) 金融機関(口座番号) 委任欄(私は、標記療養費の受領の権限を、代理人: (続柄:)に委任します。)

保健所記入欄 住所コード 相手方コード

肝炎抗ウイルス治療にかかる医療費を記載してください (※1か月毎に記入) 医療機関等証明欄 [年 月分] 公費負担者番号 承認開始年月日 受給者番号 生年月日 自己負担区分 自己負担限度額 福祉医療制度利用(支払明細書による報告) 無・有(老・障・乳幼・幼(入)・母) 加入保険の種類 患者負担割合(入院期間、診療日数、①:肝炎抗ウイルス治療にかかる保険診療内総医療費、②:①のうち保険負担額、③:徴収済額③=①-②) 入院医療費 通院医療費 院外処方薬剤費 合計(入院+通院)

上記のとおり肝炎抗ウイルス治療を行ったことを証明します。 年 月 日 医療機関(薬局)名 所在地 代表者氏名 医療機関コード

【受給者のみなさまへ】この用紙の記入についての注意事項が裏面にありますので、必ず読んでください。

【受給者のみなさまへの注意事項】

1. 申請者と振込先の口座名義人は受給者本人にしてください。口座開設等の都合で申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、表面の委任欄に署名押印してください。
2. 太線で囲んである部分は医療機関で記入してもらって下さい。
3. 医療機関・調剤薬局の領収証原本を添付してください。
確定申告等の理由により領収証原本の返却を希望する場合は、返信先の住所、宛名（申請者名）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申請書類と一緒に提出してください。
4. 高額療養費支給対象となる場合は、市町村（国保の場合）・全国健康保険協会各都道府県支部（社保の場合）等で手続きをして、高額療養費支給決定通知書等を添付してください。（コピー可）
5. 健康保険組合からの医療給付金がある場合は、支給決定通知書等を添付してください。（コピー可）
6. 医療保険給付附加金のある方は、保険証表面を参照しご記入ください。
 - ・健康保険組合（共済）名： _____
 - ・健康保険組合（共済）電話番号： _____

保 健 所 欄	①徴収済額合計 [医療費]
	②高額療養費
	③健保組合等附加金
	④福祉医療制度自動償還額
	⑤自己負担限度額
$\text{償還額} = \text{①} - \text{②} - \text{③} - \text{④} - \text{⑤}$	
償還決定額 円	

※税務署に確定申告をする前に、肝炎抗ウイルス治療医療費公費負担申請をしてください。