

肝炎治療医療費支給申請書【償還払い】別紙様式5

年 月分

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、下記のとおり肝炎治療医療費の支給を申請します。

申請者氏名 (受給者本人)	ふりがな Ⓜ	電話番号	-
申請者住所	〒 -		
振込先 金融機関	銀行コード	銀行・農協・信用組合・信用金庫	
	店番	支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	フリガナ	口座番号	
	名義人		
委任欄	※申請者以外の口座を指定するときは、この欄に必ず署名してください		年 月 日
	私は、肝炎治療医療費の受領の権限を、代理人： (続柄:)に委任します。		
	申請者		Ⓜ
福祉医療制度等の受給	無・有【障・ひとり親・重・精】※該当するものに○をつけてください		

医療機関等証明欄【年 月分】(※1か月毎に記入) ※肝炎治療にかかる治療費を記載してください。				
公費負担者番号		認定開始年月日	令和 年 月 日	
受給者番号		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日(歳)	
自己負担上限額	円	適用区分		
福祉医療制度等の利用	無・有【障・ひとり親・重・精】			
加入保険の種類別	協会けんぽ・健組・共済・国保・国組・後期高齢・その他			本人・家族
健康保険負担割合 (割)	入院期間 または受診日	診療 日数	保険診療総医療費 (上段：総医療費 下段：肝炎対象外医療費)	徴収済額 (保険診療分のみ)
入院	医療費	日～ 日 日	総医療費 円 (対象外 円)	円 (対象外 円)
	※後期高齢者医療適用の場合、医療費が1ヶ月44,000円に達している場合、徴収済額は、1ヶ月分の徴収済額として44,400円(課税状況に応じて24,600円、15,000円)と記載してください。			
通院	医療費	日 日	総医療費 円 (対象外 円)	円 (対象外 円)
	院外処方薬剤費	日 日	総医療費 円 (対象外 円)	円 (対象外 円)
合計(入院+通院)			総医療費 円 (対象外 円)	円 (対象外 円)
上記のとおり肝炎にかかる治療を行ったことを証明します。				
年 月 日		医療機関名 所在地 代表者氏名		印
		医療機関コード		

【受給者のみなさまへの注意事項】

1. この申請書は、認定開始日から受給者証が届くまでの間に肝炎対象医療を受療し、保険診療で支払った額が、自己負担限度額を越えている場合にその差額分を請求するためのものです。

この用紙は、医療機関・院外処方薬局ごとに月1枚使用し、それぞれの医療機関等で証明を受けてください。

同一月に肝炎の治療のために医療費として医療機関（医療機関・院外処方薬局）で支払った金額の合計が、自己負担上限月額に達していない方は差額が発生しませんので、提出不要です。

自己負担限度額の変更により、差額分を請求する場合は自己負担限度月額管理票のコピーを提出してください。領収書提出及び表面の医療機関等証明欄記載は不要です。

受診時に自己負担限度月額管理票の提出を忘れた場合は、償還払いの対象外となりますので、ご注意ください。

2. 申請の際は、同一月に肝炎の治療のため医療機関等で支払った医療費の領収書（原本のみ）をすべてそろえて、自己負担限度額管理票の該当月のコピー及び肝炎受給者証の写し（コピー）と一緒に提出してください。また、別紙同意書についてもご記入の上、一緒に提出してください。

3. 確定申告等のため領収書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、返送に必要な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。

時期により確定申告と重なることがあります。領収書の返却は特定医療費支給後となりますので、ご了承ください。

4. 申請者と振込先の口座名義人は原則申請者としてください。申請者以外の口座を振込先に指定するときは、表面の委任欄に署名押印してください。

5. 高額療養費支給対象となる場合は、ご加入の健康保険組合等で手続きをして、高額療養費支給決定通知書等（コピー可）を添付してください。

6. 健康保険組合等からの医療付加給付金がある場合は、支給決定通知書等（コピー可）を添付してください。

・健康保険組合（共済）名：

・健康保険組合（共済）電話番号：

.....
.....

7. 肝炎治療医療費の支給額決定には、高額療養費や医療付加給付金等の支給状況を把握する必要があるため、申請から医療費の支給までに約3か月かかります。

また、支給状況の確認のため、お住まいの市町村及びご加入の医療保険者に報告を求めることがあります。