

B型・C型肝炎患者医療給付事業費請求書(受給者請求用)

令和 年 月 日

愛知県知事殿
区分

請求者 フリガナ氏名 (口座名義人) 住所 電話番号 請求者名義の口座 銀行コード 支店番号 口座番号

※ ゆうちょ銀行以外の場合は①の欄に、ゆうちょ銀行の場合は②の欄に記入してください。

受給者 氏名 公費負担者番号 受給者番号 自己負担限度額

下記のとおり請求します。

請求金額※ 円

(医療機関・調剤薬局証明欄)

請求の理由 (どちらかに○) 診療年月 診療科名 区分 診療日数 診療(調剤)報酬明細書による点数(月計) 自己負担割合 付加給付額 ※支払確定額内訳

(注)・受給者の承認期間を確認の上、証明してください。(承認日前の診療分は算定しないこと。)

(注)・複数の診療科で受診の場合、月単位で合算した点数を記入してください。

上記のとおり証明します。

年 月 日 医療機関等コード(10桁) 所在地 名称 代表者 職・氏名 電話番号 証明担当者名 ※支払確定額 確定額証明者 印

- 注 1 太線で囲った部分は、医療機関または調剤薬局で証明を受けてください。(※欄は記入しないでください。)
- 注 2 振込口座の名義人は、請求者と同じにしてください。
- 注 3 自己負担が高額療養費制度の自己負担限度額を超えた場合、その超えた額については、保険者又は市町村に高額療養費の請求をおこなってください。
- * 自己負担限度額については、保険者または市町村にお尋ねください。
- 注 4 請求の際には、医療機関又は調剤薬局発行の領収書(原本)を添付してください。
- 注 5 領収書(原本)の返却を希望される場合は、請求書提出時に返信用封筒及び切手を同封してください。お振込みは、県が請求書を受け付けた月の翌月末日の予定です。
- 注 6 この請求書は、直接、愛知県保健医療局感染症対策課核・肝炎グループ(〒460-8501 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号 電話052-954-6626)へ提出してください。(郵送可)



(医療機関・調剤薬局証明欄)

請求の理由 (どちらかに○)			1 承認期間中に保険のみで支払をしたため。 2 自己負担限度額が変更されたため。				※支払確定額	
診療年月	診療科名	区分	診療 日数	診療(調剤)報酬 明細書による点数 (月計)	自己負担割合	付加給付額	内訳	
305 4 平成 5 令和	309 年 月	311 入院 外来 調剤	313 3日	316 点	321 一般(2割・3割) 高齢受給者(1割・2割・3割) 後期高齢者医療(1割・2割・3割)	323 326 332 円	円	
334 4 平成 5 令和	338 年 月	340 入院 外来 調剤	342 3日	345 点	352 一般(2割・3割) 高齢受給者(1割・2割・3割) 後期高齢者医療(1割・2割・3割)	355 361 円	円	
363 4 平成 5 令和	367 年 月	369 入院 外来 調剤	371 3日	374 点	381 一般(2割・3割) 高齢受給者(1割・2割・3割) 後期高齢者医療(1割・2割・3割)	384 390 円	円	
392 4 平成 5 令和	396 年 月	398 入院 外来 調剤	400 4日	403 点	410 一般(2割・3割) 高齢受給者(1割・2割・3割) 後期高齢者医療(1割・2割・3割)	413 419 円	円	
421 4 平成 5 令和	425 年 月	427 入院 外来 調剤	429 4日	432 点	439 一般(2割・3割) 高齢受給者(1割・2割・3割) 後期高齢者医療(1割・2割・3割)	442 448 円	円	
450 4 平成 5 令和	454 年 月	456 入院 外来 調剤	458 4日	461 点	468 一般(2割・3割) 高齢受給者(1割・2割・3割) 後期高齢者医療(1割・2割・3割)	471 477 円	円	
(注)・受給者の承認期間を確認の上、証明してください。(承認日前の診療分は算定しないこと。)						※支払確定額		
(注)・複数の診療科で受診の場合、月単位で合算した点数を記入してください。								
上記のとおり証明します。						円		
〒 _____ 年 月 日 所在地 _____ 名称 _____ 代表者 職・氏名 _____ 電話番号 () _____						医療機関等コード ⁴⁷⁹ _____ (10桁) _____ 医療機関は「231」を記入(県内の場合) 調剤薬局は「234」を記入(県内の場合)		
証明担当者名 _____						確定額証明者 _____ 印 _____ 印 _____		

請求の理由 (どちらかに○)			1 承認期間中に保険のみで支払をしたため。 2 自己負担限度額が変更されたため。				※支払確定額	
診療年月	診療科名	区分	診療 日数	診療(調剤)報酬 明細書による点数 (月計)	自己負担割合	付加給付額	内訳	
490 4 平成 5 令和	494 年 月	496 入院 外来 調剤	498 4日	501 点	508 一般(2割・3割) 高齢受給者(1割・2割・3割) 後期高齢者医療(1割・2割・3割)	511 517 円	円	
519 4 平成 5 令和	523 年 月	525 入院 外来 調剤	527 5日	530 点	537 一般(2割・3割) 高齢受給者(1割・2割・3割) 後期高齢者医療(1割・2割・3割)	540 546 円	円	
548 4 平成 5 令和	552 年 月	554 入院 外来 調剤	556 5日	559 点	566 一般(2割・3割) 高齢受給者(1割・2割・3割) 後期高齢者医療(1割・2割・3割)	569 575 円	円	
577 4 平成 5 令和	581 年 月	583 入院 外来 調剤	585 5日	588 点	595 一般(2割・3割) 高齢受給者(1割・2割・3割) 後期高齢者医療(1割・2割・3割)	598 604 円	円	
606 4 平成 5 令和	610 年 月	612 入院 外来 調剤	614 6日	617 点	624 一般(2割・3割) 高齢受給者(1割・2割・3割) 後期高齢者医療(1割・2割・3割)	627 633 円	円	
635 4 平成 5 令和	639 年 月	641 入院 外来 調剤	643 6日	646 点	653 一般(2割・3割) 高齢受給者(1割・2割・3割) 後期高齢者医療(1割・2割・3割)	656 662 円	円	
(注)・受給者の承認期間を確認の上、証明してください。(承認日前の診療分は算定しないこと。)						※支払確定額		
(注)・複数の診療科で受診の場合、月単位で合算した点数を記入してください。								
上記のとおり証明します。						円		
〒 _____ 年 月 日 所在地 _____ 名称 _____ 代表者 職・氏名 _____ 電話番号 () _____						医療機関等コード ⁶⁵⁴ _____ (10桁) _____ 医療機関は「231」を記入(県内の場合) 調剤薬局は「234」を記入(県内の場合)		
証明担当者名 _____						確定額証明者 _____ 印 _____ 印 _____		