

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業
(愛知県肝がん・重度肝硬変患者医療給付事業)医療費償還払い請求書(参加者請求用)

年 月 日

愛知県知事殿

区分

1 21		承認期間中に保険のみで支払をしたため、下記のとおり請求します。																												
請求者	フリガナ																													参加者との 続柄
	氏名 (口座名義人)																													
	フリガナ																													
	住所																													
	電話番号	() -																												
請求者名義の口座	①ゆうちょ銀行以外	銀行コード					支店番号					1 普通 2 当座	口座番号																	
	②ゆうちょ銀行	支店番号					1 通常貯金 2 一般振替口座	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。																														
参加者	氏名											公費負担者番号																		
	自己負担限度額	10,000 円										受給者番号																		
(都道府県記入欄)																														

医療費決定額	円
--------	---

診療年月	区分	高額療養費(多数回該当)上限額	限度額認定証 適用区分	付加給付額	※支払確定額内訳								
4 平成 年 月 5 令和		円	69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)	円	円								
4 平成 年 月 5 令和		円	69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)	円	円								
4 平成 年 月 5 令和		円	69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)	円	円								
4 平成 年 月 5 令和		円	69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)	円	円								
4 平成 年 月 5 令和		円	69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)	円	円								
4 平成 年 月 5 令和		円	69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)	円	円								
医療機関名	医療機関等コード(10桁)										※支払確定額	円	確定額証明者

- 注 1 太線で囲った部分は、記入しないでください。(※都道府県が記入します。)
- 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、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等、領収書及び診療明細書を添付してください。
- 注 5 注4の記録票の提出ができない場合は、指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療(高額療養費が支給されるものに限る。)のうち、当該医療の行われた月以前の24月以内に、指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療(高額療養費が支給されるものに限る。)を受けた月数が既に2月以上ある旨を証明できる書類(例;領収証と診療明細書 などを添付してください。
- 注 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「肝炎治療自己負担限度月額管理票」の写し
- 注 7 お振込みは、県が請求書を受け付けた月の翌末日の予定です。
- 注 8 この請求書は、直接、愛知県 保健医療局 感染症対策課 結核肝炎グループ (〒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)

受付印

(都道府県記入欄)

診療年月	区分	高額療養費(多数回該当) 上限額	限度額認定証 適用区分	付加給付額	※支払確定額 内訳
287 4 平成 年 月 5 令和	291 293	295 301 円	303 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)	305 311 円	円
313 4 平成 年 月 5 令和	317 319	321 327 円	329 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)	331 337 円	円
339 4 平成 年 月 5 令和	343 345	347 353 円	355 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)	357 363 円	円
365 4 平成 年 月 5 令和	369 371	373 379 円	381 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)	383 389 円	円
391 4 平成 年 月 5 令和	395 397	405 円 399	407 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)	409 415 円	円
417 4 平成 年 月 5 令和	421 423	431 円 425	433 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)	435 441 円	円
医療機関名				※支払確定額 確定額証明者 円	
医療機関等コード (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	

(都道府県記入欄)

診療年月	区分	高額療養費(多数回該当) 上限額	限度額認定証 適用区分	付加給付額	※支払確定額 内訳
454 4 平成 年 月 5 令和	458 460	462 468 円	470 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)	472 478 円	円
480 4 平成 年 月 5 令和	484 486	488 494 円	496 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)	498 504 円	円
506 4 平成 年 月 5 令和	510 512	520 円 514	522 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)	524 530 円	円
532 4 平成 年 月 5 令和	536 538	546 円 540	548 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)	550 556 円	円
558 4 平成 年 月 5 令和	562 564	572 円 566	574 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)	576 582 円	円
584 4 平成 年 月 5 令和	588 590	598 円 592	600 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)	602 608 円	円
医療機関名				※支払確定額 確定額証明者 円	
医療機関等コード (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	