

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

請求者情報欄: フリガナ, 氏名, 住所, 電話番号, 請求者名義の口座 (ゆうちょ銀行以外/ゆうちょ銀行), 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。

受給者情報欄: 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○) 表: 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。

証明欄: 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 (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

- 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 この請求書は、直接、愛知県保健医療局健康医務部健康対策課結核・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)
注 4 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 5 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。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。
注 6 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。

確定額証明者 印, 受付印

(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。				付加給付額	※支払確定額 内訳
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			
305 4平成 5令和	309 年 月	311 入院 外来 調剤	313 314日	316 321 点	322 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・3割)	326 332円	円	
334 4平成 5令和	338 年 月	340 入院 外来 調剤	342 343日	345 350 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・3割)	355 361円	円	
383 4平成 5令和	387 年 月	389 入院 外来 調剤	371 372日	374 379 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・3割)	384 390円	円	
392 4平成 5令和	398 年 月	398 入院 外来 調剤	400 401日	403 408 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・3割)	413 419円	円	
421 4平成 5令和	425 年 月	427 入院 外来 調剤	429 430日	432 437 点	432 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・3割)	442 448円	円	
450 4平成 5令和	454 年 月	456 入院 外来 調剤	458 459日	461 466 点	488 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・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。) (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 所在地 名称 代表者 職・氏名 電話番号 () -								
医療機関等は「231」を記入(県内の場合) 調剤薬局は「234」を記入 医療機関等コード (10桁) 479 488						※支払確定額 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。				付加給付額	※支払確定額 内訳
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			
490 4平成 5令和	494 年 月	498 入院 外来 調剤	498 499日	501 506 点	502 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・3割)	511 517円	円	
519 4平成 5令和	523 年 月	525 入院 外来 調剤	527 528日	530 535 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・3割)	540 546円	円	
548 4平成 5令和	552 年 月	554 入院 外来 調剤	556 557日	559 564 点	565 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・3割)	569 575円	円	
577 4平成 5令和	581 年 月	583 入院 外来 調剤	585 586日	588 593 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・3割)	598 604円	円	
606 4平成 5令和	610 年 月	612 入院 外来 調剤	614 615日	617 622 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・3割)	627 633円	円	
635 4平成 5令和	639 年 月	641 入院 外来 調剤	643 644日	646 651 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・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。) (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 所在地 名称 代表者 職・氏名 電話番号 () -								
医療機関等は「231」を記入(県内の場合) 調剤薬局は「234」を記入 医療機関等コード (10桁) 664 673						※支払確定額 確定額証明者 印 印		