

**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

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		4				33				参加者との 続柄								
	氏名 (口座名義人)																		
	フリガナ		35								82								
	住所		〒 84 86 87 90																
	電話番号		( ) -																
	請求者名義の口座	①ゆうちょ銀行以外 (金融機関名)	銀行コード	92	93	94	95	支店番号	98	99	100	102	1 普通 2 当座	104	105	106	107	108	109
銀行・信金・信組・農協・漁協・労金				支店															
②ゆうちょ銀行	支店番号	1	通常貯金	1 通常貯金				2	一般振替口座	2 一般振替口座									
		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。																			
参加者	氏名						公費負担者番号												
	自己負担限度額						受給者番号				112						118		
(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									
120 4 平成年 5 令和	124 月	126	128	134 円	136	69歳以下(工才)	70歳以上(III-II-I)	138	144 円	円									
146 4 平成年 5 令和	150 月	152	154	160 円	162	69歳以下(工才)	70歳以上(III-II-I)	164	170 円	円									
172 4 平成年 5 令和	176 月	178	180	186 円	188	69歳以下(工才)	70歳以上(III-II-I)	190	196 円	円									
198 4 平成年 5 令和	202 月	204	206	212 円	214	69歳以下(工才)	70歳以上(III-II-I)	216	222 円	円									
224 4 平成年 5 令和	228 月	230	232	238 円	240	69歳以下(工才)	70歳以上(III-II-I)	242	248 円	円									
250 4 平成年 5 令和	254 月	256	258	264 円	266	69歳以下(工才)	70歳以上(III-II-I)	268	274 円	円									
医療機関は「231」を記入(県内の場合) 調剤薬局は「234」を記入(県外の場合)										※支払確定額	確定額証明者								
医療機関等コード (10桁)															276	277	278	279	280
医療機関名																			

- 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 核酸アノ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月末日の予定です。**  
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
287 291 4平成年月 5令和	293	295 301円	303 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)		305 311円	円
313 317 4平成年月 5令和	319	321 327円	329 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)		331 337円	円
339 343 4平成年月 5令和	345	347 353円	355 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)		357 363円	円
365 369 4平成年月 5令和	371	373 379円	381 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)		383 389円	円
391 395 4平成年月 5令和	397	399 405円	407 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)		409 415円	円
417 421 4平成年月 5令和	423	425 431円	433 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)		435 441円	円
医療機関名			医療機関等コード (10桁)	443 医療機関は「231」 調剤薬局は「234」 を記入(県内の場合) 452	※ 支 払 確 定 額	確定額 証明者 円

## (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
454 458 4平成年月 5令和	460	462 468円	470 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)		472 478円	円
480 484 4平成年月 5令和	486	488 494円	496 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)		498 504円	円
506 510 4平成年月 5令和	512	514 520円	522 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)		524 530円	円
532 536 4平成年月 5令和	538	540 546円	548 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)		550 556円	円
558 562 4平成年月 5令和	564	566 572円	574 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)		576 582円	円
584 588 4平成年月 5令和	590	592 598円	600 69歳以下(工・才) 70歳以上(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)		602 608円	円
医療機関名			医療機関等コード (10桁)	610 医療機関は「231」 調剤薬局は「234」 を記入(県内の場合) 619	※ 支 払 確 定 額	確定額 証明者 円