

千葉県肝炎治療費療養費申請書

令和 年 月 日

自己負担限度額	円
---------	---

千葉県知事 様

住 所	〒 -
電話番号	( )
氏 名	

(この欄は記入しないでください)	
決定金額	円

公費負担番号	38126017			受給者番号	
患者氏名				病 名	
受給者証の有効期間	年 月 日 ~		年 月 日		
診療年月	保 険 対 象 分			Cのうち、既に徴収された患者負担額………D	公費負担額 (この欄は記入しないでください)
	上記有効期間内の対象疾患に係る保険診療総額………A	社会保険等負担額………B	患者負担額 C=A-B		
月	入院 日	円	円	円	円
	通院 日	円	円	円	円
月	入院 日	円	円	円	円
	通院 日	円	円	円	円
月	入院 日	円	円	円	円
	通院 日	円	円	円	円
上記のとおり証明する					
令和 年 月 日					
医療機関名					
所在地					
代表者氏名					
印					

保険の種類	1. 協会健保 2. 組合 3. 船員 4. 共済 5. 国保 6. 後期高齢 7. その他 ( ) (一般・退職本人・退職家族)
附加給付	無 ・ 有 (有の場合自己負担限度額 円) 円未満切捨て

振 込 先	銀行・信用金庫 支店	
	口座番号	普通・当座
	フリガナ	
	氏 名	

1. 太枠内(証明欄)は医療機関が記入してください。
2. 太枠内(証明欄)の訂正は、証明者の訂正印によるもの以外は一切認められません。
3. 振込口座の名義人と申請者は、必ず同一人物にしてください。
4. 領収書等の支払内容がわかる書類がないものは一切認められません。  
【申請時に必要なもの】
1. 領収書等の支払内容がわかる書類 (申請対象月のもの全て)
2. 保険証の写し
3. 肝炎ウイルス治療自己負担限度額管理手帳の写し
4. 千葉県肝炎治療受給者証の写し
5. 振込先金融機関に関する名称、支店名、口座番号及び口座名義が分かる通帳等の写し(通帳の2ページ目等)