

(様式第7-1号)

肝炎公費負担分治療費請求書

(インターフェロン・インターフェロンフリー・核酸アナログ製剤)

佐賀県知事様

			年	月	日
請求者	住所	〒			
	氏名	TEL() -			印
振込先	金融機関名	銀行		支店	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	ふりがな				
	口座名義人				

金 円也

ただし、(年 月分)肝炎インターフェロン 及びインターフェロンフリー または核酸アナログ製剤治療費として請求し (内 訳)

受給者	住所	保険の種別		協・組・船・共・国・退国・後	
	氏名	自己負担割合		1割 ・ 2割 ・ 3割	
受給者証番号					
◎保険の種別が健保組合、共済組合に該当する場合は、保険者に確認のうえ、下記にご記入ください。					
付加給付金の有無 (有 ・ 無)					
付加給付金が有の場合は、付加給付基準 ()					
保険者名 () 保険者の電話番号 ()					
	日数 (日)	総医療費 (円)	患者負担額 (円)		
入院					
外来					
調剤					
計 ①					
		月額自己負担限度額 ②			
		高額療養費等 ③			
		請求額(①-②-③)			

※ウイルス性肝炎に対するインターフェロン治療、インターフェロンフリー治療、または、核酸アナログ製剤治療が対象医療で
※各治療費は、保険適用のある治療並びに治療を継続するために必要な検査及び治療です。

※受給者と、請求者及び口座名義人が異なる場合には、委任状を添付してください。

※健保組合、共済組合等で付加給付金等がある方は、関係機関に対する照会をする場合があります。

照会の結果、付加給付金等の払い戻しがある場合は、本請求に対する支払はできないことがあります。

ま

す