

(様式第7-2号)

肝炎公費負担分治療費支払証明書 (年 月分)
(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)

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											
		日数	総医療費	患者負担額	上記の者について、左記のとおり肝炎公費負担分医療費を領収済であることを証明します。 年 月 日 (医療機関)						
		(日)	(円)	(円)							
	入院				所在地 名称 代表者 印						
	通院										
薬剤負担											
計											

※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
※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。