

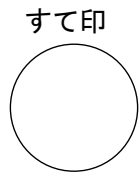
ウイルス性肝炎進行防止対策
(肝炎治療特別促進事業)

治療費償還払申請書

北海道知事 様

平成 年 月 日

申請者	郵便番号 及び住所	〒 -			
	フリガナ※1				印
	氏名				
	電話番号	()			
受領方法	1 口座振込		2 隔地払(郵便局)		
振込口座 ※2	金融機関名	店		口座番号	
		店番号		普通 当座 貯蓄	



※1 フリガナを必ず記載してください。
※2 振込口座は申請者の口座としてください。

平成 年 月分を次のとおり申請します。
なお、この申請に関して不明な点がある場合、北海道(受付機関である札幌市、小樽市、函館市及び旭川市を含む)が、直接、医療機関へ照会を行うことに【 1. 同意します。 2. 同意しません。 】

申請額 円

支払決定額 円

受給者番号	
月額自己 負担限度額	円
年間上限に よる申請	平成 年 月 日

フリガナ	申請者 との続柄	医療受給者証 の始期
受給者 氏名		
年間上限に よる申請	□ 保険の種類	被用者・国保組合 国保・後期高齢者

A ウイルス性肝炎進行防止対策(肝炎治療特別促進事業) の医療費の内訳(医療機関証明欄)				B 査定欄		
内 訳	総医療費(10割) (円・単位)	窓口支払額 (円)	高額療養費 算出額 (円)	道制度置き換え (円) (入院 箇所) (外来 箇所)	一部負担金(円) □国制度 □道制度 ※選択する方にし	査 定 額 (円)
入院 医療費						
外来 医療費						
調剤薬局						
合 計						

受診者()に係る平成 年 月分の
ウイルス性肝炎進行防止対策(肝炎治療特別促進事業)
医療給付事業に係る医療費は上記のとおりであることを証明します。

平成 年 月 日

医療機関等 所在地

名 称

代表者名 印

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

*診療(調剤)日に○を
つけてください。

保健所收受印欄

高額療養費算出

① + (-) × 1% = 円

② - = 円

備 考

注: 1 太枠の中をすべて記載してください。
2 対象となる医療は、医療受給者証の表面に記載された疾病に対する抗ウイルス療法に限られます。
【裏面をご覧ください。】

(償還払申請書裏面)

《ウイルス性肝炎進行防止対策（肝炎治療特別促進事業）治療費償還払を申請される方へ》

『ウイルス性肝炎進行防止対策（肝炎治療特別促進事業）医療給付事業』は、原則として、道が協定医療機関に対して医療費を支払う制度ですが、次の場合、その差額をこの申請書により償還払の申請をすることができます。(1)ウイルス性肝炎進行防止対策（肝炎治療特別促進事業）医療受給者証（以下「受給者証」という。）の交付申請をされてから、交付を受けるまでの間、受給者証の表面に記載された疾患に対する抗ウイルス療法に係る医療費を既に医療機関等に支払った場合。(2)医療機関等に支払った額が次の額を超える場合。

1月につき1医療機関ごと	保険上患者が負担すべき額で、入院 57,600円、通院 18,000円を限度とする額 ※調剤は含みません。
年間上限	外来に係る医療費のうち、年間（前年10月から9月まで）の医療費の合計が144,000円を超える額

1 申請者について

原則、受給者本人です。受給者証の交付を受けている方が死亡された場合は、親族等が申請することができます。この場合、続柄が明らかになる書類（受給者の除籍謄本等）を添付してください。

2 申請を行うことができる期間について

医療費を医療機関等に支払った月の翌月から1年（受給者証の有効期間内であって受給者証が交付される以前に支払われた医療費の申請については受給者証が交付された月の翌月から1年）です。

3 申請方法について

(1)申請書に医療機関等において医療費を支払った際の領収書を添付、若しくは申請書に抗ウイルス療法に係る医療費について証明をもらい、肝炎治療特別促進事業自己負担限度額月額管理票を添付の上、必要事項を記載し、申請してください。

ただし、添付する領収書には患者氏名、保険区分、診療科目、総医療費等の明細の記載がされていなければ申請できません。(調剤薬局のレシートで、医療機関が発行する領収書等と同日に処方されたことが明らかな場合は、内訳があるものに限り、そのすべてに申請者が署名、押印することにより申請できます。)

(2)申請書は、医療機関等ごと、診療月ごとに1枚です。(同名の医療機関であっても内科と歯科を受診された場合は、それぞれ申請が必要になります。)

(3)調剤薬局分のみ申請はできません。処方箋を発行した医療機関の医療費と保険調剤分を一緒に申請してください。

(4)外来に係る医療費のうち、年間上限による償還払の申請を行う場合は、前年10月から9月までの一部負担額を確認できる領収書等の添付が必要になります。

(5)申請書に添付する領収書は原則、原本になります。ただし、領収書等を確定申告等で使用する場合には、申請窓口で領収書の原本を確認した後、返却を受けることができますので、必ず申請時に保健所（札幌市においては各区保健センター）に申し出てください。

4 高額療養費について

加入している医療保険から高額療養費を既に受領している場合は、受領額を確認できる書類（支給決定通知書等の写し）を添付してください。高額療養費を受領されていない場合は、添付の必要はありません。

5 申請書の記載に当たって

(1)振込口座欄は、申請者の口座を記入してください。(銀行口座を開設していない方は、受領方法欄の「2 振替払（郵便局）」に○印を付けてください。)

(2)保険の種類欄は加入している保険に○印を付けてください。

(3)「支払決定額」及び「B 査定額」の欄は記入しないでください。

《医療機関等へのお願い》

1 この申請書の証明欄Aは、医療受給者証の表面に記載された疾患に対する抗ウイルス療法を受けた患者さんが、医療機関等の窓口で支払った医療費の償還払いを申請するために必要な事項として、医療機関等への支払の有無にかかわらず、医療受給者証の表面に記載された疾患に対する抗ウイルス療法や投薬を受けたものすべての証明をお願いするものです。したがって、抗ウイルス療法以外の治療及び受給者証の有効期間以外における治療等については対象外となります。

2 申請書は、診療月ごとに証明してください。高額療養費の委任払をしているときは、余白にその旨を記載してください。

3 調剤薬局における保険調剤は外来等の調剤薬局欄に記入し、外来の医療費の欄に処方箋発行医療機関名を記載してください。

4 証明欄は、診療（調剤）日に○を付けて、医療機関等の所在地、名称及び代表者名を記載し、代表者印を押印してください。