

# ウイルス性肝炎進行防止対策 治療費償還払申請書

すて印

北海道知事 様

年 月 日

次のとおり 年 月分を申請します。

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、旭川市、函館市及び小樽市を含む）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。】

※（申請者の方に）太枠の中、氏名のフリガナの記入をお願いします。また、裏面も必ずご覧ください。

申請者	郵便番号	—		電話番号 (左詰・ハイフン付)							
	住所										
	フリガナ (姓)				(名)				受給者との続柄		
	氏名							印			
振込口座	金融機関名	本店支店名	金融機関コード	店番号	口座番号 (右詰7桁)					隔地払希望 <input type="checkbox"/>	
		店			<input type="checkbox"/> 普通						
フリガナ	(姓)	(名)			生年月日						
受給者氏名					年	月	日				
受給者証番号				一部負担の有無	有・無	有効期間の始期	年 月 日から				
保険種類	<input type="checkbox"/> 被用者	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 国保組合	<input type="checkbox"/> 後期高齢者							
年間上限による申請	<input type="checkbox"/>										
多数回該当による申請 ※自己負担限度額に達した月を記載	月	月	月								
<b>申請額</b>				<b>円</b>							

支払決定額 円

A ウイルス性肝炎進行防止対策・橋本病重症患者対策の医療費内訳 (医療機関証明欄)				B 査定額欄		
内	訳	総医療費(10割) (円)	患者窓口支払額 (円)	高額療養費算出額 (円)	患者一部負担額 (円)	支払決定額 (円)
入院	医療費					
外来等	医療費					
	訪問看護利用料					
	調剤薬局					
合計						

受給者 ( ) に係る 年 月分のウイルス性肝炎・橋本病重症対策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。

医療機関等

名称

電話

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

本庁

高額療養費算出

① + ( - ) × 1% = 円

② - = 円

備考

様式13 (裏面)

＜主な金融機関コード＞

北洋銀行…「0501」 北海道銀行…「0116」 ゆうちょ銀行…「9900」 北海道信用金庫…「1001」

北海道労働金庫…「2951」

《ウイルス性肝炎進行防止対策・橋本病重症患者対策医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・橋本病重症患者対策医療給付事業』は、原則として、道が協定医療機関に対して医療費（治療費）を支払う制度ですが、次の場合、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・橋本病重症患者対策医療受給者証（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、ウイルス性肝炎若しくは橋本病の治療に係る医療費を既に医療機関等に支払った場合。
- (2) 多数回該当若しくは年間上限に該当し、支払った医療費と差額が生じる場合。

多数回該当	入院に係る医療費のうち、月額自己負担限度額（以下「限度額」という。）に達した月から過去12か月以内に3回以上限度額に達した場合は、4回目から限度額を44,400円とする。
年間上限	外来に係る医療費のうち、年間（10月から9月まで）に支払う医療費を144,000円とする。

1 申請者について

原則として、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（受給者証の交付を受けている方の除籍謄本等）を添付してください。

2 申請を行える期間について

医療費を医療機関等に支払った日の翌月から5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日の翌月から5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、若しくは申請書にウイルス性肝炎・橋本病の治療に係る医療費について証明をしてもらい、必要事項を記載の上、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それぞれ受診された場合は、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) 入院に係る医療費のうち、多数回該当による償還払の申請を行う場合は、差額が生じる月以前12か月以内に3月以上限度額に達したことが確認できる領収書等の添付が必要になります。なお、以前提出された領収書等により、多数回該当が適用されていることが確認できる場合はこの限りではありません。
- (5) 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、年間（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。
- (6) 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、必ず申請時に北海道保健福祉部健康安全局地域保健課（札幌市においては各区保健センター、旭川市、函館市及び小樽市においては各保健所）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。高額療養費を受領していない場合は、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、「隔地払希望」にレ点を付けてください。隔地払とした場合は、ゆうちょ銀行から送付される「郵便振替払出証書」による郵便局での受取となります。）
- (2) 保険の種類欄は加入している保険にレ点を付けてください。
- (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、ウイルス性肝炎もしくは橋本病の治療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を申請するために必要な事項について、証明をお願いするものです。したがって、ウイルス性肝炎又は、橋本病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、外来等の「医療費」欄に処方箋発行医療機関名を記載してください。
- 4 訪問看護利用料は、外来等の「訪問看護利用料」欄に記入してください。
- 5 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。