

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

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、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、裏面も必ずご覧願います。

Main application form with fields for applicant info, bank details, recipient info, and amount.

※ 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ります。

支払決定額 円

Detailed breakdown table (A and B) and recipient information section.

様式8（裏面）

＜主な金融機関コード＞

北洋銀行…「0501」 北海道銀行…「0116」 ゆうちよ銀行…「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（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（治療費）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の合計額を超える場合。

| | |
|------------------|--|
| 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（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) 申請書に必要な事項を記載し、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に係る医療費の領収書（原本）を添付するか、若しくは申請書に医療機関等からそれ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月額管理票を添付の上、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）。また、限度額適用認定証をお持ちの場合、申請時に写しを添付願います。

※ 申請書に添付する領収書を確定申告等で使用する場合には、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。申請窓口で領収書の原本を確認した後、療養費申請済みの旨を記載した領収書原本の返却を受けることができます。

ただし、領収書の金額すべてが払戻の対象である場合については、他の給付等を受ける場合を除き領収書の原本は返却いたしません。なお、申請書提出後の領収書返却はできませんので注意してください。

- (2) 申請書は、診療月ごとに1枚です。
- (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（領収書の場合は写しでも可）と保険調剤分と一緒に申請してください。

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。

なお、高額療養費の手続前、手続済みで受領前の場合は、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、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診券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「訪問看護等」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。