

肝がん・重度肝硬変治療研究 治療費償還払申請書
促進事業



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)				印	受給者との続柄			
	氏名													
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		
		店			<input type="checkbox"/> 普通								<input type="checkbox"/>	
フリガナ	(姓)				(名)				生年月日					
受給者氏名									年	月	日			
受給者証番号					自己 限度額	円		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							
申請額					円									

支払決定額 円

A 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費の内訳 (医療機関等の証明欄)			B 査定額欄		
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)	一部負担額 (円)	支払決定額 (円)
入院	医療費				
外来等	医療費				
	調剤薬局				
合 計					

受給者 () に係る 年 月分の肝がん・重度肝硬変治療促進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。

年 月 日

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。

備 考

保健所
收受印

本庁

様式 7 (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」

注 意 事 項

《肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業治療費償還払を申請される方へ》

『肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業』は、原則として、道が指定医療機関に対して医療費（治療費）を支払う制度ですが、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（以下「参加者証」という。）の交付申請をされてから、交付を受けるまでの間、肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の医療費を既に指定医療機関に支払った場合又は外来医療費を含む支払いをおこなった場合、その費用について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 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) 申請書に当該月において受診した全ての医療機関が発行した領収書及び診療明細書、医療記録票等と肝炎治療月額管理票の写し（核酸アナログ製剤治療に係るウイルス性肝炎進行防止対策医療給付事業（肝炎治療特別促進事業）受給者のみ）を添付して、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。

※ 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、必ず申請時に北海道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。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）と保険調剤分を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、受領方法欄の「2 隔地払（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、肝がん・重度肝硬変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、肝がんもしくは重度肝硬変以外の治療及び参加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 証明欄は診療日に○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。
- 4 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。
- 5 申請には医療記録票等が必要となりますので、あらかじめお渡しするようお願いいたします。