

# 肝炎治療費償還払請求書

年 月 日

島根県知事 殿

請求者（受給者）

住所 〒
氏名
電話番号 ( ) -

肝炎治療医療費助成事業の医療費を下のとおり請求します。  
 なお、支払金額は島根県に登録された口座へ振り込んでください。

ふりがな		公費負担者 番号																
参加者氏名		公費負担医療 の受給者番号																

請求を求める月	年 月分
---------	------

〈手順〉

- 1 太枠の中をご記入ください。
- 2 本書とともに、下記の書類を添付し最寄りの保健所へ提出してください。
  - ①請求者（受給者）の氏名が記載された被保険者証等の写し
  - ②請求者（受給者）の肝炎治療受給者証の写し
  - ③当該月において受診した全ての保険医療機関・薬局が発行した領収書、診療明細書及び調剤明細書
  - ④高額療養費の現物給付を受けた場合は、限度額適用認定証の写し
  - ⑤〈島根県において口座の登録を行っていない場合のみ〉口座振替申出書、および登録口座の確認のできるもの（預金通帳の該当ページの写し等）

(都道府県記入欄)

決定額	百万	十万	万	千	百	十	円
-----	----	----	---	---	---	---	---