

## 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書

静岡県知事 様

静岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費として下記のとおり請求します。

患者自己負担合計額 円	請求者 年 月 日 ( 千 ー ) 住 所 氏 名 受 給 者 との続柄 電話番号 ー ー
交付決定額 円	
請求対象 年 月 診療分	

### (参加者証記載事項)

参加者番号	参加者氏名
参加者証有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日

### (振込先口座)

金融機関名（該当に○）、支店名	預金種別（該当に○）、口座番号	口座名義人（請求者本人）
銀行・信金・信組 農協・労金	普通預金 ・ 当座預金 (総合口座)	カナ
支店		漢字

### (提出に当たっての注意事項)

- 請求書は月ごとに作成してください。別々の月を1枚の請求書にまとめて請求することはできません。
- 本請求を行う際は、以下の書類を添付の上、請求してください。
  - 参加者の氏名が記載された被保険者証、高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証の写し
  - 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の写し
  - 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の写し等
  - 当該月において受診したすべての医療機関が発行した領収書及び診療明細書
  - 振込先の口座番号等が確認できる資料（通帳の写し等）
  - 核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付を受けている場合は、助成対象となる医療を受けようとする月以前の24月以内の「肝炎治療自己負担限度月額管理票」の写し
- 交付決定額（支払額）について疑問点があれば、請求先までお問い合わせください。