

肝炎治療費証明書

（受給者証記載事項）

受給者番号	受給者氏名	月額自己負担限度額（該当に○）
<input type="checkbox"/> 1万円 <input type="checkbox"/> 2万円		
受給者証有効期間		
年 月 日 ~	年 月 日	

（肝炎治療費証明事項内容）

※本証明の対象となる費用は、上記受給者が受給者証有効期間内に受療した静岡県肝炎治療特別促進事業の対象となる肝炎治療に係る医療費、薬剤費に限ります。
 ※肝炎治療月額自己負担限度額管理票（様式第 4 号）に記載済の医療費、薬剤費は本証明の対象となりません。

診療年月	受給者の加入医療保険（該当に○）		区分	期間（入院）	診療報酬明細書の保険診療分総医療費（請求点×10） A	社会保険等負担額 B（=A-C）	保険診療分患者一部負担額（領収額） C
	種別	自己負担		診療実日数（入院外・調剤）			
年 月	1:協会けんぽ 2:組合 3:船員 4:共済 5:国保組合 6:国保一般 7:国保退職者 8:後期高齢者	3割 2割 1割	入院	日～ 日	円	円	円
			入院外	延べ 日	円	円	円
			調剤	延べ 日	円	円	円
年 月	1:協会けんぽ 2:組合 3:船員 4:共済 5:国保組合 6:国保一般 7:国保退職者 8:後期高齢者	3割 2割 1割	入院	日～ 日	円	円	円
			入院外	延べ 日	円	円	円
			調剤	延べ 日	円	円	円
年 月	1:協会けんぽ 2:組合 3:船員 4:共済 5:国保組合 6:国保一般 7:国保退職者 8:後期高齢者	3割 2割 1割	入院	日～ 日	円	円	円
			入院外	延べ 日	円	円	円
			調剤	延べ 日	円	円	円
年 月	1:協会けんぽ 2:組合 3:船員 4:共済 5:国保組合 6:国保一般 7:国保退職者 8:後期高齢者	3割 2割 1割	入院	日～ 日	円	円	円
			入院外	延べ 日	円	円	円
			調剤	延べ 日	円	円	円

（証明書発行保険医療機関、保険薬局）

上記のとおり相違ないことを証明します。

証明日 年 月 日

所在地 (〒 -)

名称

代表者

電話番号 - -

事業所番号（県番号 2 桁 区分番号 1 桁 機関コード 7 桁）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

添付証明書全	枚中
	枚目

※保健所記入

- （注） 1 太枠内の該当事項は全て保険医療機関、保険薬局が記入してください。
 2 本証明書の記載内容については、後日静岡県から問合せをすることがありますので、写しを保存されるようお願いいたします。
 3 記載方法に不明な点がある場合は、あらかじめ静岡県にお問い合わせください。