

肝炎治療費請求書

年 月 日

滋賀県知事 様

請求金額 金 _____ 円

肝炎治療にかかる ____年 ____月から ____年 ____月までの治療費について、
上記のとおり請求します。

受給者	受給者番号		有効期間 自	年	月	日
			至	年	月	日
	(ふりがな) 氏 名		自己負担 限度額			円

請求者	住 所	〒 _____ (電話) _____				
	(ふりがな) 氏 名	*必ず記入してください。			本人との 続柄	
		銀行 _____ 支店 _____				
振替口座	普通・当座	口座番号	*請求者名義の口座に振替 します。(請求者名と口 座名義は同一としてくだ さい。)			

請求される方へ

保健所受付印

- (注) 1 「肝炎治療費証明書(様式第6号)」を添付してください。
医療機関や診療月が複数ある場合、それぞれの証明書を添付し、一括して請求していただいて結構です。
- 2 請求される医療費について、高額療養費の対象となる場合は、高額療養費の支給を受けた後、支給額が記載された支給決定通知書等を添付してください。
- 3 振替後の通知は行いませんので、ご承知下さい。
なお、通帳には、「シガケンケンコウイリョウフクシブ」から振り込んだ旨が記載されます。

保健所受付印

記入見本

※間違いを防ぐためにこちらは記入せず
空欄のままお持ち下さい。受付の時に、
金額を確認させていただきます。

様式第5号

肝炎治療費請求書			
			〇〇年 〇月 〇〇日
滋賀県知事 〇〇 〇〇〇 様			
請求金額 金 _____ 円			
肝炎治療にかかる ____年 ____月から ____年 ____月までの治療費について、 上記のとおり請求します。			
受給者	受給者番号	2 0 0 0 0 0 1	有効期間 自 〇〇年 〇月 〇日 至 〇〇年 〇月 〇日
	(ふりがな) 氏名	滋賀 びわ子	自己負担 限度額 10,000円
請求者	住所	〒 520-8577 (電話) 077 - 528 - 3993 大津市京町四丁目1番1号	
	(ふりがな) 氏名	しが びわこ *必ず記入してください。 滋賀 びわ子 ㊟	本人との続柄 本人
	振替口座	滋賀 銀行 県庁 支店 普通・当座 口座番号 01234567	*請求者名義の口座に振替 します。(請求者名と口 座名義は同一としてくだ さい。)

請求される方へ

- (注) 1 「肝炎治療費証明書(様式第6号)」を添付してください。
医療機関や診療月が複数ある場合、それぞれの証明書を添付し、一括して請求していただいて結構です。
- 2 請求される医療費について、高額療養費の対象となる場合は、高額療養費の支給を受けた後、支給額が記載された支給決定通知書等を添付してください。
- 3 振替後の通知は行いませんので、ご承知下さい。
なお、通帳には、「シガケンケンコウイリョウフクシブ」から振り込んだ旨が記載されます。

保健所受付印