肝多	炎治療費証明書 *1月毎、医療機関毎に作成してください。	
受給者番号	受給者 氏名	
生年月日	年 月 日 性 別	
保険の種類	: 自己負担割合: 割	

医療機関分	(明細)	(年 月2	分)*医療機関が記入してく	ださい。
区分	診療実日数	診	療 日	公費対象点数 *()内は該当	185、4月 長 14. 46 一 761 118	考
					*高額療養費現物給付制度適用で限度額	
				載のこと。	を超える場合は自己負担限度額を記載	
入院医療費	日		日から	点	円	
			日まで	()	現物給付制度の適用(あり・なし)	
通院医療費	日		日から	点	円	
			日まで	()		
肝炎にかかん	る治療につい	て、	上記の	とおり領収した	ことを証明します。	
年	月	日				
医療機関	所 在	地				
	名	称				
	代表者	名			印	

薬局分 (明]細) (-	丰	月分)	*薬局が	記入し	てくだ	さい。	
区 分	実調剤日数	診療	日	公費対象点数 *()内は該当	患者負	担 相	当 額	備	考
				月の総点数を記 載のこと。					
72 A Lu ユュ) マ		H		戦りこと。					
院外処方に	日	日 7	から	点			円		
よる薬局分		日	まで	()			11		
	る治療につい	て、上記	己のと	おり領収した	ことを証明	します。			
左	Ħ								
年	月	日							
薬局	所 在	地							
2,00									
	名	称							
	代表者	夕						印	
	八八八日	1 1							

記入見本

様式第6号

肝炎	と治	療	費請	正明	書	*	1月	毎、	医	療機) と関 を	まに作	成して	てくた	ごさい。	
受給者番号	2	0	0	0	0	0	1	受 氏		者名	滋	賀	び	わ	子	
生年月日		昭和	1 2	6年	6	月	2	6	日		性	別			女	
保険の種類 :	Ξ	保		自	己負	担割	合:		3 :	割						

1か月毎に1枚ずつ作成してく ださい。 また、医療機関ごとに作成して ください。

医療機関分	(明細)	(平成2C		*医療機関	が記入して	ください。	
区分	診療実日数	診療日	公費対象点数 *()内は該 当月の総点数を 記載のこと	患 者 負 担 *高額療養費現物給付 える場合は自己負担限	旦 相 当 額 制度適用で限度額を起 度額を記載	D113 2	パルキナルロ のが トギャ・ラコキレ マ
入院医療費	20日	1日から 20日まで	32500点 (35000)	ç	97,500円		必ず該当月の総点数を記載して ください。
通院医療費	3 日	23日から 30日まで	1 1 4 5 0 点 (1 2 5 0 0)	3	34,350円		()外は公費負担対象医療の 点数になります。 また、患者負担相当額欄には高
	る治療につい 8月 10		とおり領収した	ことを証明しま	きす。		額療養費現物給付制度の適用を 受けている場合で限度額を超え ている場合は限度額を記載して ください。
医療機関		所在地 名 称		:津市京町○丁目 △△診療所	○番○号		
		代表者名		· △村 △子	郎		

薬局分	分 (即]細) (左	Ę.	月分)	*薬	局が記	己入	して	くださ	(\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	
X		実調剤日数	診療		公費対象点数 *()内は該 当月の総点数を 記載のこと	患者	新		相		備	院外処方により薬局が領収した 場合は、その薬局が記入してく
院外処	上方に		日	から	点					円		ださい。
よる薬	 写局分		日	まで						1 1		
肝炎に	こかか	る治療につい	て、上	記の	とおり領収した	ことを	と証明し	」ます	١.			
	年	月	日									
薬局			所 在	地								
			名	称								
			代表者	名							印	

必ず、肝炎治療特別促進事業の対象医療分のみを記載してください。

また、高額療養費支給対象の場合の公費負担額の計算のため、()内に該当月の総点数を記載してください。 患者負担相当額は、実際に領収した金額を記入してください。

(10円未満を四捨五入した場合は、四捨五入した金額を記載してください。)