

肝炎治療費請求書(年 月分)

令和 年 月 日

大分県知事 殿

請求金額 金 円

請求者	住所	(〒 -)	TEL ()
	フリガナ		受給者との続柄
	氏名 (振込先と同じ)		本人 夫 妻 父 母 その他()
振込先	金融機関	銀行・信用金庫・信用組合・本店 農業協同組合・漁業協同組合	支店・出張所
	フリガナ		預金口座 普通・当座
	名義人 (請求者と同じ)		口座番号
受給者	受給者番号	有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	交付年月日	月額自己負担限度額	円
	保険種別	健保(本人・家族)・国保(一般・退職本人・退職家族)・後期高齢者	
	住所		
	フリガナ	性別	男・女
	氏名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日

○記入上の注意事項

- 本請求書には、肝炎治療医療費証明書(様式1-2)、月額管理票の該当月のコピーを添付してください。
- この請求書は、月別に作成してください。
- 自己負担額(月単位)が高額療養費制度の自己負担限度額を超えた場合、その超えた額については本請求の対象となりませんので、保険者に高額療養費の請求を行ってください。
- 「受給者」と「請求書・振込先(名義人)」が異なる場合は、委任状が必要です。ただし、受給者が未成年の場合は、保護者との関係が証明できるもの(住民票・保険証の写し等)を添付すればそれに代えることができます。