（様式７）

千葉県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業療養費申請書

年　　月　　日

千葉県知事　　様

〒　　－ 住　　所	
電話番号	（　　）
氏　　名	
患者との続柄	

この申請に関して、必要に応じて千葉県が医療保険者に対して照会すること、及び千葉県が医療保険者から照会を受けた際に千葉県が回答することについて同意します。

振込先	銀行・信用金庫　　支店	
	口座番号	普通・当座
	フリガナ	
	氏　名	

保険の種類	１．協会健保　２．組合　３．共済　４．国保　５．後期高齢 （一般・退職本人・退職家族）
附 加 給 付	無　・　有　（有の場合自己負担限度額　　円）　　円未満切捨て

【注意事項】
１．振込口座の名義人と申請者は、必ず同一人物にしてください。
２．<u>領収書等の支払内容がわかる書類がないものは一切認められません。</u>
３．消すことができるインクペンの使用による申請は認められません。

【申請時に必要なもの】
１．領収書等の支払内容がわかる書類（申請対象月のもの全て）
２．診療明細書（申請対象月のもの全て）
３．保険証（写）
４．医療記録票（写）
５．肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（写）
６．振込先金融機関に関する名称、支店名、口座番号口座名義が分かる部分（写、通帳の２ページ目等）
７．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１２月以内の「肝炎治療自己負担限度月額管理票」の写し

（この欄は記入しないでください）	
決定金額	円