

千葉県肝炎治療費療養費申請書

年 月 日

自己負担限度額	円
---------	---

千葉県知事 様

〒	—
住 所	
電話番号	()
氏 名	印

(この欄は記入しないでください)	
決定金額	円

公費負担番号				受給者番号		
患者氏名				病 名		
受給者証の有効期間	年 月 日 ~			年 月 日		
診療年月	保 険 対 象 分				Cのうち、既に徴収された患者負担額……D	公費負担額 (この欄は記入しないでください)
	上記有効期間内の対象疾患に係る保険診療総額……A	社会保険等負担額……B	患者負担額 C=A-B			
月	入院 日	円	円	円	円	円
	通院 日	円	円	円	円	円
月	入院 日	円	円	円	円	円
	通院 日	円	円	円	円	円
月	入院 日	円	円	円	円	円
	通院 日	円	円	円	円	円
上記のとおり証明する						
年 月 日						
医療機関名						
所在地						
代表者氏名 印						

保険の種類	1. 協会健保 2. 組合 3. 船員 4. 共済 5. 国保 6. 後期高齢 7. その他 () (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

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	

- 訂正は、記入者本人の訂正印によるもの以外は認められません。
- 太枠内は医療機関で記入してください。
- 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。
- 領収書がないものは一切認められません。

【申請時に必要なもの】

- | | |
|---------------------|--|
| 1. 領収書 (申請対象月のもの全て) | 4. 千葉県肝炎治療受給者証 (写) |
| 2. 保険証 (写) | 5. 口座振替依頼書 (別紙様式) |
| 3. 自己負担限度額管理票 | 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) |