

肝 炎 治 療 費 請 求 書

受給者氏名		受給者番号							
-------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

肝炎治療に要した費用（自己負担分）として、次のとおり請求します。
 なお、肝炎治療医療費は、下記の口座に振り込んでください。

合計		円			
内訳	年	月分	円	（無・有）	円
	年	月分	円	（無・有）	円
	年	月分	円	（無・有）	円
	年	月分	円	（無・有）	円
			高額療養費等控除額		

年 月 日

申請者（受給者との続柄）

住所 〒

氏名

印

月額自己負担限度額 _____ 円

*受給者証を見て御記入ください。

山梨県知事 殿

振込金融機関	銀行・信用金庫 信用組合・農協	口座名義	フリガナ	口座種別番号	(どちらかに○を) 普通・当座
	支店				

※ この欄は記入しないでください。

検収	上記について事実と相違ないことを確認しました。 年 月 日 職・氏名 印
----	---

※ 高額療養費額に相当する部分は、山梨県からは支給されません。別途、ご加入の健康保険に請求する必要があります。請求方法は、健康保険証等の交付元にお問い合わせください。なお、お手続き後に支給される高額療養費が証明できる書類（写）を添付してください。