様式第12号（第14条関係）　申請者用

|  |  |
| --- | --- |
|  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**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高額療養費等控除額　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） |  |
| 　　　　　　　　　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。**