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。**