様式第13号（第14条関係）　医療機関用

|  |
| --- |
|  　　 　　 肝炎治療医療費証明書 |
|  | 患者 | 住　　所 |  |  受給者番号 |  |
| 氏　　名 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険種別 | 協会けんぽ・組合・共済・国保・後期高齢・その他（　　　　　） |
|  上記の者に対する肝炎治療医療費のうち、自己負担分として次の金額を受領したことを証明します。 　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　 医療機関等医療機関コード所　在　地名　　　称 代表者氏名 　　　 　　 印　**合計　　　　　　　　円** |
|  | 診療　　　　　　　　年月 | 負担　　区分 | 診療　　区分 | 診療　　　日数 | 肝炎治療・調剤　　の点数 | 患者からの　　　　　　　　領収額 | 所得区分　　※限度額適用認定証提示の場合 |  |
| 　　年　　月 | １割２割３割 | 入院通院調剤 | 日 | 〔　　　　　　〕　　　　点 |  円 | ｱ･ｲ･ｳ･ｴ･ｵ　Ⅰ･Ⅱ |
| 　　年　　月 | １割２割３割 | 入院通院調剤 | 日 | 〔　　　　　　〕　　　　点 |  円 | ｱ･ｲ･ｳ･ｴ･ｵ　Ⅰ･Ⅱ |
| 　　年　　月 | １割２割３割 | 入院通院調剤 | 日 | 〔　　　　　　〕　　　　点 |  円 | ｱ･ｲ･ｳ･ｴ･ｵ　Ⅰ･Ⅱ |
| 　　年　　月 | １割２割３割 | 入院通院調剤 | 日 | 〔　　　　　　〕　　　　　　　点 |  円 | ｱ･ｲ･ｳ･ｴ･ｵ　Ⅰ･Ⅱ |
|  |

**※各区分欄は○で囲んでください。**

**※入院時食事・生活療養費は助成対象ではないため、標準負担額を領収額欄へは含めないでください。**

**※同一月に肝炎治療以外の診療を行っている場合には、点数欄上段〔　　〕へ保険診療総点数も**

**記入してください。**

**※この証明書に証明した医療費は、公費併用レセプト等での請求はしないでください。**