

審査決定額	※ 円
-------	--------

※ 二重枠は記入しないでください

### 肝炎治療費等助成請求書

平成 年 月 日

群馬県知事 様

上記肝炎治療費に係る医療費を別添のとおり請求いたします。

フリガナ 申請者(受給者) 氏 名								印
申請者(受給者) 住 所								
電 話 番 号	— —							
受 給 者 番 号						生年月日	昭和 平成 年 月 日	
						自己負担 限 度 額	甲 20,000円 乙 10,000円	
加入保険	種 別	協・組・船 共・国・後				適用 区分		
振込金融機関名 支 店 名	銀行 ・ 組合 金庫 ・ 農協 ・ 漁協							
	本店 ・ 本所 支店 ・ 支所							
フリガナ								印
口座名義人								
口 座 番 号	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄							

**注意事項**

- ① 医療費請求には、以下の書類を添付してください。
    - ア 振込金融機関の通帳の写し
    - イ 医療機関発行の領収内容証明書（領収内容証明書が添付できない場合には、診療明細書）
    - ウ 請求しようとする医療費の領収証及び「肝炎治療費自己負担限度額管理票」
    - エ 高額療養費の還付額が確認できる書類（例 振込通知書）。なお、保険者発行の上限額適応・減額認定証等をお持ちの場合は持参してください。
  - ② 印は、銀行届出印以外でも受け付けます。
  - ③ 申請者と口座名義人が同一の場合は、口座名義人欄の捺印を省略することができます。
  - ④ 申請者と口座名義人が異なる場合は、裏面の委任状に必要事項を記入の上、口座名義人の押印をお願いします。但し、申請者と口座名義人が同一の場合には省略することができます。
- ※①-エの「高額療養費の還付額が確認できる書類」を添付できない場合には、下の欄に署名することにより、省略することができます。但し、群馬県からの還付額が正しく還付できない場合があります。

肝炎治療費の算出において、高額療養費の還付額の計算を群馬県が行うことに異存ないため高額療養の還付額を確認できる書類の提出を省略します。	氏名    印
---	---------------------

( 裏 面 )

(様式8)

# 委 任 状

私(委任者氏名)\_\_\_\_\_は、

肝炎治療費等助成金の受領に関する権限を、

表面の口座名義人(口座名義人氏名)\_\_\_\_\_に委任いたします。

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

委任者

住 所\_\_\_\_\_

氏 名\_\_\_\_\_印

(自署で記入して下さい。)