

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

平成〇〇年〇〇月〇〇日

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	<b>グンマ タロウ</b> <b>群馬 太郎</b>	印
申請者(受給者) 住 所	<b>群馬県〇〇市〇〇町1-1-1</b>	
電 話 番 号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇	
受 給 者 番 号		
0	0	0
0	0	0
0	0	0
0	0	0
0	0	0
0	0	0
加入保険	種 別 協・ <b>組</b> ・船 共・国・後	〇〇保険組合 適用区分 <b>②</b> ※
振込金融機関名 支 店 名	〇 〇 〇 〇	<b>銀行</b> ・組合 金庫・農協・漁協 本店・本所 <b>支店</b> ・支所
フリガナ 口座名義人	<b>グンマ ハナコ</b> <b>群馬 花子</b>	印
口 座 番 号	<b>普通</b> ・当座・貯蓄	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

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
----	---

# 委任状

私(委任者氏名) 群馬 太郎 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) 群馬 花子 に委任いたします。

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

委任者

住 所 群馬県〇〇市〇〇町1-1-1

氏 名 群馬 太郎

印

(自署で記入して下さい。)

※区分については高額療養費の区分を記載してください。下記を参考に、A～C、ア～オ、①～③を記載してください。

記載がない場合、群馬県から正しい還付ができない場合があるのでご了承ください。

### ○70歳未満の方の区分 平成26年12月診療分まで

所得区分	自己負担限度額	多数該当
区分A (標準報酬月額53万円以上の方)	150,000円+(総医療費-500,000円)×1%	83,400円
区分B (区分Aおよび区分C以外の方)	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	44,400円
区分C(低所得者) (被保険者が市区町村民税の非課税者等)	35,400円	24,600円

注)「区分A」に該当する場合、市区町村民税が非課税であっても、標準報酬月額での「区分A」の該当となります。

### 平成27年1月診療分から

所得区分	自己負担限度額	多数該当
区分ア (標準報酬月額83万円以上の方)	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%	140,100円
区分イ (標準報酬月額53万～79万円の方)	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	93,000円
区分ウ (標準報酬月額28万～50万円の方)	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	44,400円
区分エ (標準報酬月額26万円以下の方)	57,600円	44,400円
区分オ(低所得者) (被保険者が市区町村民税の非課税者等)	35,400円	24,600円

注)「区分ア」または「区分イ」に該当する場合、市区町村民税が非課税であっても、標準報酬月額での「区分ア」または「区分イ」の該当となります。

### ○70歳以上の方 平成27年1月からも変更はありません

被保険者の所得区分	自己負担限度額	
	外来 (個人ごと)	外来・入院 (世帯)
区分① 現役並み所得者 (標準報酬月額28万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割の方)	44,400円	80,100円+(医療費-267,000円)×1% [多数該当:44,400円]
区分② 一般所得者 (①および③以外の方)	12,000円	44,400円
区分③ 低所得者	Ⅱ(※1)	24,600円
	Ⅰ(※2)	15,000円

※1 被保険者が市区町村民税の非課税者等である場合です。

※2 被保険者とその扶養家族全ての方の収入から必要経費・控除額を除いた後の所得がない場合です。

注)現役並み所得者に該当する場合は、市区町村民税が非課税等であっても現役並み所得者となります。