

償還払いを受けるための書類です。お手数ですが医療機関・調剤薬局でご記入願います。

### 領 収 内 容 証 明 書(肝炎治療費等助成事業)

受給者名		受給者番号	
有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
医療保険	国・組・共・協・船・後	自己負担割合	1割・2割・3割
高額療養費の 自己負担限度額	円	適用区分	

※ インターフェロン治療と核酸アナログ製剤治療は、合算せず分けてご記入ください。

診療期間	区分	診療日数	総医療費	医療保険等 負担分 <small>(総医療費の7割または9割)</small>	患者負担分 <small>(総医療費-医療保険等負担分)</small>	左のうち患者 が実際に支 払った額 (領収額)	高額療養制度 の自己負担限 度額または付 加給付	月額自己負 担 限度額	決定金額
						A	B	C	A-(B+C)
—年 —月	入院	総 額	日	円	円	円	円	円	円
		うち助成対象となる肝炎治療に係る医療費	日	円	円	円	円	円	円
	外来	総 額	日	円	円	円	円	円	円
うち助成対象となる肝炎治療に係る医療費		日	円	円	円	円	円	円	
調剤	総 額	日	円	円	円	円	円	円	
	うち助成対象となる肝炎治療に係る医療費	日	円	円	円	円	円	円	
—年 —月	入院	総 額	日	円	円	円	円	円	円
		うち助成対象となる肝炎治療に係る医療費	日	円	円	円	円	円	円
	外来	総 額	日	円	円	円	円	円	円
うち助成対象となる肝炎治療に係る医療費		日	円	円	円	円	円	円	
調剤	総 額	日	円	円	円	円	円	円	
	うち助成対象となる肝炎治療に係る医療費	日	円	円	円	円	円	円	

上記のとおり証明します。  
平成 年 月 日

医療機関・調剤薬局等  
名 称  
所 在 地  
代表者名  
電話番号  
記入者名

印

※注意事項

- ① 太枠内のみご記入下さい。
- ② 「患者負担分」欄は、当該診療月における窓口での保険診療分の支払額合計を記入願います。(保険診療以外の治療費や入院時食事療養標準負担額、入院時生活療養標準負担額は含めないで下さい。)
- ③ 記載内容について確認させていただく場合がありますので、お手数ですが「医療機関・調剤薬局等」の電話番号と記入者名は必ずご記入下さい。
- ④ 診療が3ヶ月以上にわたる場合は本様式を複数枚ご使用下さい。
- ⑤ 照会時の確認のため、本領収内容証明書の写しを取っていただきますようお願いいたします。