

様式第 1 1 号(第 9 条関係)

肝炎治療療養証明書

(  インターフェロン治療 ・  核酸アナログ製剤治療 ・  インターフェロンフリー治療 )

受給者氏名 \_\_\_\_\_ 男・女  
 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生  
 保険種別 \_\_\_\_\_

|   | 診療<br>調剤<br>年月 | 入院<br>通院<br>調剤<br>の別 | 実<br>日<br>数 | 治療<br>の<br>区<br>分 | 療養の給付<br>(食事療養費を除く。) |           |           | 入院時<br>食事療養費 |           | 患者負<br>担分計 |
|---|----------------|----------------------|-------------|-------------------|----------------------|-----------|-----------|--------------|-----------|------------|
|   |                |                      |             |                   | 総医療<br>費             | 保険給<br>付額 | 一部負<br>担額 | 総食事<br>療養費   | 標準負<br>担額 |            |
|   |                |                      |             |                   | A=B+C                | B         | C         | D            | E         |            |
| イ | 年<br>月分        | 入院<br>通院<br>調剤       | 日           | 総額                | 円                    | 円         | 円         | 円            | 円         | 円          |
|   |                |                      | 日           | 上記のうち<br>肝炎治療     | 円                    | 円         | a<br>円    | /            | /         | 円          |
| ロ | 年<br>月分        | 入院<br>通院<br>調剤       | 日           | 総額                | 円                    | 円         | 円         | 円            | 円         | 円          |
|   |                |                      | 日           | 上記のうち<br>肝炎治療     | 円                    | 円         | b<br>円    | /            | /         | 円          |
|   |                |                      |             |                   | a+b<br>円             |           |           |              |           |            |

肝炎治療に係る療養について、上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

医療機関等名称  
 所在地  
 代表者名

印

療養費支払決定欄

(この欄は、宮城県で記載しますので医療機関は記載しないでください。)

|   | I         | II           | III         | IV                  |
|---|-----------|--------------|-------------|---------------------|
|   | 高額療養<br>費 | 一部負担額<br>(C) | 自己負担<br>限度額 | 支払額<br>II - I - III |
| イ | 円         | 円            | 円           | a<br>円              |
| ロ | 円         | 円            | 円           | b<br>円              |
|   |           |              |             | a+b<br>円            |

(注) 肝炎治療療養証明書の記載にあたっては、「インターフェロン治療」、「核酸アナログ製剤治療」又は「インターフェロンフリー治療」のいずれかの□にチェックしてください。