

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