

肝炎治療療養費請求書

金額	百	拾	万	千	百	拾	円
----	---	---	---	---	---	---	---

印

円

肝炎治療に係る医療費用交付規則第9条の規定に基づき、上記金額を請求します。

(内訳別添療養証明書のとおり)

振込先	銀行	支店	当座・普通	口座番号	フリガナ	口座名義人
-----	----	----	-------	------	------	-------

年 月 日

宮城県知事 殿

受給者番号										
<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px;">●</td> </tr> </table>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	

請求者 住所

氏名

印

電話 — —

受給者との続柄(受給者の )

受給者 住所

氏名

対象保険医療機関又は保険薬局

保険医療機関又は保険薬局	備考

療養費請求の理由

	申請をしてから受給者証が交付されるまでの間、支払ったため
	医療機関で受給者証を提出せずに支払ったため
	限度額の変更申請をしてから新しい受給者証が交付されるまでの間、支払ったため
	その他(理由 )

(注)

- 1 肝炎治療療養証明書及び領収書を添付してください。
- 2 医療機関等の窓口でお支払いになった金額のうち、高額療養費に該当する部分については、宮城県から支給されません。高額療養費は御加入の医療保険等から支給されますので、高額療養費への該当の有無や請求方法等は保険証の交付元にお問い合わせ下さい。
- 3 高額療養費の対象となった場合には、それを証明する書類を添付してください。
- 4 療養費請求の理由に○をしてください。その他の場合には、理由を記載してください。