

「肝炎医療費請求書」は、受給者証がお手元に届くまでの間に、有効期間内において、受給者証に記載された助成対象治療に係る医療費を窓口でお支払いになり、支払った額が月額自己負担上限額を超えている場合に、払い戻しを請求するための書類となります。

### 肝 炎 医 療 費 請 求 書

(記入上の注意)

一月毎に作成すること。

年 月 日

石川県知事 谷 本 正 憲 殿

請求金額は空欄で!

年 月分 肝炎医療費を下記のとおり請求します。

請 求 金 額	(空欄)		円								
受 給 者 番 号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> ※7桁の受給者番号を記入してください。										
受 給 者 住 所	(〒 - ) 電話番号 ( - - )										
フリガナ											
受 給 者 氏 名											
振込先	振込口座	銀行 支店									
		普通 預金 口座番号	当座								

(注) 添付書類

- 医療機関等の発行する医療費の受領を証する書類
- 振込先金融機関の口座がわかる書類 (預金通帳の写し等)

受給者本人名義の口座で!

(手続きについて)

- ・提出先は、最寄りの県保健福祉センター(金沢市にお住いの方は金沢市福祉健康センター)となります。
- ・領収書は原本をご提出ください。振り込み金額の決定後、お返しします。
- ・高額療養費に該当される方は、保険者(市町・勤務先等)へ高額療養費の申請の上、支給決定通知を添付してください。