

肝炎治療特別促進事業医療費償還払い請求書

令和 年 月 日

群馬県知事様

請求者(受給者) 住所 〒

氏名

電話番号 () -

肝炎治療特別促進事業の医療費を下のとおり請求します。

なお、この請求に関して不明な点がある場合、群馬県が直接、保険者等に対し、照会を行うことに同意します。

支払金額は次の口座に振り込んでください。

ふりがな							公費負担者 番号							
請求者 (受給者) 氏名							公費負担医療 の受給者番号							
振込口座 (請求者)	(金融機関名)						支店	種別						
	口座 番号						出張所	普通・当座						
	ふりがな													
	口座名義													

※提出にあたっての注意事項。

- 本請求書とともに、下記の書類を添付の上、手続きを進めてください。
 - 請求者(受給者)の肝炎治療受給者証の写し
 - 請求者(受給者)の肝炎治療自己負担限度月額管理票の写し等
 - 当該月において受診した全ての保険医療機関等が発行した領収書
 - 領収内容証明書及び当該月において受診した全ての保険医療機関等が発行した診療明細書等
 - 振込先の口座番号等が確認できる資料(通帳又はキャッシュカードの写し等)
 - 世帯員調査書兼同意書(個人番号報告書)(様式17)
 - 高額療養費の適用となる場合は、支給決定額の方かる書類(支給決定通知書等)
 - 付加給付がある場合は、支給決定額の方かる書類(通知書等)
 - その他(都道府県知事が必要と認める書類等)
- 振込口座については、請求者(受給者)の名義の口座を記載してください。
- 請求者(受給者)と口座名義人が異なる場合は、裏面の委任状に必要事項の記入をお願いします。

(群馬県記入欄)

決定額	百万	十万	万	千	百	十	円
-----	----	----	---	---	---	---	---

委任状

私(委任者氏名) _____ は、

肝炎治療費等助成金の受領に関する権限を、

表面の口座名義人(口座名義人氏名) _____ に委任いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

委任者 _____

住 所 _____

氏 名 _____

(自署で記入して下さい。)