

(様式第7-1号)

審査年月日	
確認済印	

肝炎治療特別促進事業医療費償還払い請求書

佐賀県知事 様

年 月 日

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、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						
参加者氏名					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 出張所	支店コード	種別				
	口座 番号						普通・当座				
					氏名 カタカナで記入						

※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）の氏名が記載された被保険者証等の写し
 - 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、診療明細書及び調剤明細書
 - 振込先の口座番号等が確認できる資料（キャッシュカードの写し等）
 - その他（都道府県知事が必要と認める書類）
- 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。

(都道府県記入欄)

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