

肝炎治療費請求書（一般医療機関用）

福岡県知事殿

年 月 日

インターフェロン治療費及び核酸アナログ製剤治療費として下記のとおり請求します。

*決定金額		円	
受給者	住所	〒	
	カナ氏名	生年月日	年 月 日 生 (歳)
	病名	受給者証有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
	公費負担番号	自己負担限度額	円
	受給者番号		
支払方法 (○で囲む)	1 受給者の口座に振替 2 下記委任状により委任された者の口座に振替		

委 任 状

私は下記の者を代理人と定め、福岡県からのインターフェロン治療費及び核酸アナログ製剤治療費（療養費払い）の受領を委任します。

請求者（受給者）	受任者
住所	住所
氏名	カナ氏名
請求者との続柄：請求者の（ ）	

*支払金額決定欄				
入・通院の別	受 療 期 間	医 療 費 公費負担額	患者自己負担額	患者自己負担済額
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
	計	円		

医療機関記入欄					
受給者の保険種別 (○で囲む)		国保一般・国組(本人・家族)・国退(本人・家族)・協会(本人・家族)・組合(本人・家族)・共済(本人・家族)・後期高齢・その他()			
受 療 期 間 (実診療日数)	入院・外来の別	保険診療総点数	左記点数のうち インターフェロン治療・ 核酸アナログ製剤治療 に係る診療点数	患者負担額	備考
年 月 分	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円
	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円
	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円
年 月 分	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円
	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円
	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円
年 月 分	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円
	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円
	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円
年 月 分	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円
	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円
	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円
計				円	

上記のとおり、患者負担金については肝炎治療特別促進事業において対象とされている治療のため、受給者より領収済みであることを証明します。

年 月 日

医療機関所在地 ()

名 称 (TEL)

医療機関の長名 (記入者)

- 受給者の方へ（注意事項）
- この請求書は有効期間の開始日以降で、既に支払った医療費のうち、自己負担限度額を超え、払い戻しがある場合に提出してください。
 - 裏面の記入要領に沿って上記太枠内をご記入ください。右ページは受給者証有効期間内の医療費等について、医療機関及び調剤薬局から記入を受けてください。
 - 請求書受付窓口へ提出の際は、この請求書と領収書、高額療養費決定通知書（該当者のみ）、受給者証、通帳をお持ちの上各受付窓口で請求の手続きをお願いします。
- 医療機関の方へ（注意事項）
- 受給者証有効期間内の医療費について、裏面の記入要領に沿って記入をお願いします。尚、記入がない医療費については、計算対象になりません。肝炎治療特別促進事業において対象となる医療費のうち、受給者証の自己負担限度額管理票に記入されていないものについては、記入漏れ等がないようお願いします。
- 肝炎治療受給者証は治療内容により種類が異なります。提示された受給者証の治療に応じた治療費の請求をお願いします。

《記載要領》

請求者の方へ

記入する欄は①の太枠の中です。(支給額を他の方の口座に振り込む

場合は、②も記入してください。)

③は医療機関に記入を依頼してください。

当該請求書は1医療機関につき1枚必要です。複数の医療機関で診療

があった場合には請求書をコピーして使用してください。

年月日の記入は西暦ではなく、邦歴で記載してください。

様式第16号(要綱第12条関係)

肝炎治療費請求書(一般医療機関用)

福岡県知事殿

年 月 日

インターフェロン治療費及び核酸アナログ製剤治療費として下記のとおり請求します。

請求金額		円	*決定金額		円
① 受給者	住所	〒812-0000 福岡市博多区・・・ 092-000-0000			
	カナ	フクオカ タロウ	生年月日	59年 1月 1日生 (〇〇歳)	
	氏名	福岡 太郎	病名	慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる)	
	公費負担番号	38406013	受給者証有効期間	〇〇年 4月 1日から 〇〇年 3月 31日まで	
	受給者番号	2000000	自己負担限度額	10,000円	
	支払方法(〇で囲む)	① 受給者の口座に振替 2 下記委任状により委任された者の口座に振替			

受給者以外の方の口座へ振り込みを希望される場合に、記入してください。

②

委任状

私は下記の者を代理人と定め、福岡県からの肝炎インターフェロン治療費及び核酸アナログ製剤治療費(療養費払い)の受領を委任します。

請求者(受給者)	受任者
住所 福岡市博多区・・・	住所 福岡市博多区・・・
氏名 福岡 太郎	カナ フクオカ ハナコ 氏名 福岡 花子
請求者との続柄: 請求者の(妻)	

がん感染症疾病対策課で記入しますので、何も書かないでください。

*支払金額決定欄				
入・通院の別	受療期間	医療費公費負担額	患者負担額	患者自己負担済額
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
計		円		

医療機関の方へ

受給者証有効期間内の医療費について下記に従い記入してください。

<受療期間><実診療日数>

月毎に記入してください。総合病院の場合は1レセプト毎に記載してください。

<保険診療総点数>

肝炎治療特別促進事業において対象となる診療があった日の総点数の合計を記載してください。

<左記点数のうちインターフェロン治療費及び核酸アナログ製剤治療費に係る診療点数>

総点数の合計のうち、肝炎治療特別促進事業において対象となっている診療点数のみを抽出して記載してください。対象外の診療点数については差し引いてください。

<患者負担額>

<左記点数のうちインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療に係る診療点数>×10から受給者の保険負担割合を乗じた金額(=肝炎治療特別促進事業において対象となっている医療費の患者負担額)を記載してください。

<備考>

高額療養費限度額認定証等の使用があった場合は備考欄にその旨記載してください。

診療点数に修正があった場合は、修正後の診療点数を記載してください。この場合、患者負担額は、対象医療費のうち、実際に患者さんが負担された金額を記載し、備考欄にその旨記載してください。

③

医療機関記入欄						
受給者の保険種別(〇で囲む)	国保一般・国組(本人・家族)・国退(本人・家族)・協会(本人・家族)・組合(本人・家族)・共済(本人・家族)・後期高齢・その他()					
受療期間(実診療日数)	入院・外来の別	保険診療総点数	左記点数のうちインターフェロン治療核酸アナログ製剤治療に係る診療点数	患者負担額	備考	
〇〇年 4月分	16日～30日(15日)	入院 外来	30,000点	27,050点	80,430円	限度額認定証使用
	日～日()	入院 外来	点	点	円	
	日～日()	入院 外来	点	点	円	
〇〇年 5月分	1日～5日(5日)	入院 外来	17,000点	15,000点	45,000円	
	12日～26日(3日)	入院 外来	12,000点	11,000点	33,000円	内科
	日～日()	入院 外来	点	点	円	
年 月分	日～日()	入院 外来	点	点	円	
	日～日()	入院 外来	点	点	円	
	日～日()	入院 外来	点	点	円	
年 月分	日～日()	入院 外来	点	点	円	
	日～日()	入院 外来	点	点	円	
	日～日()	入院 外来	点	点	円	
計				円		
上記のとおり、患者負担金については肝炎治療特別促進事業において対象とされている治療のため、受給者より領収済みであることを証明します。						
〇〇年 5月 30日	医療機関所在地 福岡市博多区・・・		医療機関コード (123456789)			
	名称 〇〇病院		(092-000-0000)			
	医療機関の長名 病院長 〇〇		(記入者 〇〇〇)			

○受給者の方へ(注意事項)

- この請求書は有効期間の開始日以降で、既に支払った医療費のうち、自己負担限度額を超え、払い戻しがある場合に提出してください。
- 裏面の記入要領に沿って上記太枠内をご記入ください。右ページは受給者証有効期間内の医療費等について、医療機関及び調剤薬局から記入を受けてください。
- 請求書受付窓口へ提出の際は、この請求書と領収書、高額療養費決定通知書(該当者のみ)、受給者証、通帳をお持ちの上各受付窓口で請求の手続きをお願いします。

○医療機関の方へ(注意事項)

受給者証有効期間内の医療費について、裏面の記入要領に沿って記入をお願いします。尚、記入がない医療費については、計算対象になりません。肝炎治療特別促進事業において対象となる医療費のうち、受給者証の自己負担限度額管理票に記入されていないものについては、記入漏れ等がないようお願いします。肝炎治療受給者証は治療内容により種類が異なります。提示された受給者証の治療に応じた治療費の請求をお願いします。