



《記入要領》

受給者の方へ

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。

④は調剤薬局に記入を依頼してください。

③と④の証明は両方とも必要ですので、ご注意ください。

当該請求書は1医療機関につき1枚必要です。複数の薬局で調剤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、邦歴で記入してください。

様式第16号の2(要綱第12条関係)

肝炎治療費請求書(調剤薬局用)

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。

①	請求金額	円		*決定金額	円
	住所	〒812-0000 福岡市博多区・・・		TEL092-000-0000	
		カナ	フクオカ タロウ		生年月日
	氏名	福岡 太郎		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
	病名	慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる)		公費負担番号	38406013
	自己負担限度額	2000000		受給者番号	10,000 円
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		

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。

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 )	

○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。

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			
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
年 月 日～ 日( 日)	円	円	円
年 月 日～ 日( 日)	円	円	円
年 月 日～ 日( 日)	円	円	円
年 月 日～ 日( 日)	円	円	円
計	円		

医療機関の方へ

処方箋の発行年月日の記入を日別に記入してください。

ただし、肝炎治療特別促進事業の対象となる薬剤を処方した日のみを記入してください。

対象となるのは、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投薬のみです。

③	医療機関記入欄				
	肝炎インターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療に要する処方箋発行証明書(日別に記入すること)				
	発行年月日	〇〇年 4月 17日 年 月 日	〇〇年 5月 5日 年 月 日	〇〇年 5月 10日 年 月 日	〇〇年 5月 28日 年 月 日
	発行年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
肝炎治療特別促進事業において認定されている治療のため、上記のとおり院外処方箋を発行したことを証明します。					
〇〇年 5月 28日 医療機関所在地 福岡市博多区・・・ 名 称 〇〇病院 医療機関の長名 院長 〇〇〇 医療機関コード ( TEL 123456789 ) ( TEL 092-000-0000 ) ( 記入者 〇〇 )					

④	調剤薬局記入欄					
	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( )				
調剤料の領収済証明(月別に記入すること)						
	受療期間(処方日)	実調剤日数	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	17日～ 日	1 日	6,000点	5,500点	16,500円
	〇〇年 5月分	5日～28日	3 日	12,000点	10,000点	30,000円
	年 月分	日～ 日	日	点	点	円
	年 月分	日～ 日	日	点	点	円
	計					円
上記のとおり、肝炎治療特別促進事業において認定されている疾患の投薬のための費用を受給者より領収済であることを証明します。						
〇〇年 5月 30日 調剤薬局所在地 福岡市博多区・・・ 名 称 〇〇薬局 代表取締役 〇〇 医療機関コード ( TEL 123456789 ) ( TEL 092-000-0000 ) ( 記入者 〇〇 )						

○医療機関の方へ(注意事項)

肝炎治療特別促進事業において、公費負担の対象となっている薬の処方箋の発行年月日を日別に記入してください。記入要領は裏面をご覧ください。

○調剤薬局の方へ(注意事項)

受給者証有効期間内に処方箋の発行があった調剤について、裏面の記入要領に沿って記入をお願いします。尚、受給対象期間は処方箋の発行日に基づきますので、処方箋発行日有効期間外である場合には、当該調剤は公費負担の対象とはなりません。ご注意ください。

尚、記入がない調剤料につきましては、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っている調剤料のうち、受給者証の自己負担限度額管理票に記載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。

調剤薬局の方へ

医療機関の処方箋発行証明書

を基に肝炎治療特別促進事業において認定されている投薬があった日の調剤料について下記に従い記入してください。

<受療期間><実調剤日数>

月毎に記入してください。

期間については、肝炎治療特別促進事業で認められている投薬があった日のみ記載してください。

<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っている投薬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及び核酸アナログ製剤治療に係る診療点数>

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調剤点数のみを抽出して記載してください。対象外の調剤料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>

通常の点数計算と金額が相違する場合は、備考欄に理由を記入してください。