

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書

年 月 日

奈良県知事 殿

請求者（参加者） 住 所 〒

(電話)

氏 名

(振込口座の名義が代理人の場合は代理人の氏名の記載)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の 年 月分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。

請求額 円

(請求金額は決定金額ではありません。)

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	(金融機関名)				支店 出張所	支店コード	種別 普通・当座				
	口座 番号					ふりがな 口座名義					
※参加者と振込口座の名義人が異なる場合は、委任欄に必ず署名してください。											
委任欄	私は、標記医療費の受領の権限を、代理人： _____ (続柄： _____) に委任します。 年 月 日 参加者氏名 _____										
福祉医療 制度の受給	無 ・ 有 (障害 ・ 乳幼児 ・ ひとり親 ・ 重度 ・ 精神) ※該当するものに○をつけてください										

なお、この申請に関して不明な点がある場合、奈良県が直接、保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が奈良県に当該情報を提供することに同意します。

※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、住所地を管轄する保健所に提出してください。
 - 請求者（参加者）の医療保険の資格情報が確認できる書類
 - 請求者（参加者）の限度額適用認定証等の適用区分を確認することができる書類
 - 請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の写し
 - 請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の写し等
 - 当該月において受診した全ての医療機関が発行した領収書及び診療明細書
 - 振込先の金融機関名・支店名・口座番号・名義人のフリガナが分かる書類（通帳見開き部分等）の写し
 - 核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付を受けている場合は、助成対象となる医療を受けようとする月以前の24月以内の「肝炎治療自己負担限度月額管理票」の写し
 - その他知事が必要と認める書類の提出が必要となる場合があります。
- 確定申告等の理由により、領収書原本の返却を希望する場合は、返信先の住所、宛名（参加者名）を記載し、返送に必要な金額分の切手を貼付した返信用封筒を請求書類と一緒に提出してください。

(奈良県記入欄)

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