

肝炎 インターフェロン(フリー) 治療医療費証明書

核酸アナログ製剤

(医療機関等記載欄)

受給者氏名	受給者番号	
受給者証有効期間	月額自己負担 限度額	円

高額療養費所得区分 (公的な証で所得区分が判明する場合に記入)	70歳未満の方 A・B・C、ア・イ・ウ・エ・オ 70歳以上の方 I・II・III・IV	多数 該当	年 月から			
健康保険 種別及び負担割合	診療 年月	診療日数 (肝炎治療医療の日数)	保険診療総点数	左記点数のうち インターフェロン(フリー)・ 核酸アナログ製剤治療 に係る診療点数	患者から領収した額 (インターフェロン(フリー)・ 核酸アナログ製剤 当額に関する医療費)	大阪府記入欄
社保 割 国保 割 後期高齢者 割 国保退職者 割	年 月分	入院	日間	点	点	円
		外来	日	点	点	円
処方先 医療機関名 (診療科)	病院 科	調剤	回	点	点	円
社保 割 国保 割 後期高齢者 割 国保退職者 割	年 月分	入院	日間	点	点	円
		外来	日	点	点	円
処方先 医療機関名 (診療科)	病院 科	調剤	回	点	点	円
社保 割 国保 割 後期高齢者 割 国保退職者 割	年 月分	入院	日間	点	点	円
		外来	日	点	点	円
処方先 医療機関名 (診療科)	病院 科	調剤	回	点	点	円
<備考欄> 上記診療月のうち、入院や月の途中から受給者証の月額自己負担限度額管理票に記載した内容がある場合は備考欄に必ず記入してください。						医療費返還額計
						円

上記のとおり領収したことを証明する。

年 月 日

所在地

名称

(支店名)

代表者

印

必ずご記入ください

医療機関コード				
連絡先電話番号			内線担当者	

医療機関・保険薬局の方へ

この証明書は、肝炎インターフェロン(フリー)・核酸アナログ製剤治療受給者証の有効期間から、受給者証が届くまでの期間に患者様が支払った医療費がいくらであったか確認するためのものです。レセプトで公費請求をされる場合は記載の必要がありません。下記の点に留意してご記入ください。

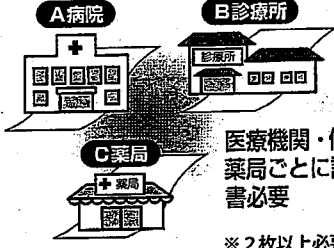
- 入院の食費、居住費や文書料は助成の対象外です。
- レセプト請求ごとに行を変えて記入してください。
- 1枚の証明書には1か所の医療機関、もしくは1か所の保険薬局が記入してください。
- 月の途中から公費又は別の医療機関・保険薬局で月額自己負担限度額まで達していることを確認した場合は、その旨備考欄に必ず記入してください。
- 記入欄が足りない場合は、用紙をコピーしてください。
- 保険薬局は本社の住所ではなく、店舗所在地、名称(支店名)を記入してください。
- 裏面の記入例をよく読んで記入してください。

受給者の方へ

肝炎インターフェロン(フリー)・核酸アナログ製剤治療医療費証明書は有効期間開始日から受給者証が届くまでの期間に受給者が支払った、インターフェロン(フリー)・核酸アナログ製剤治療に関する医療費がいくらであったか確認するための書類です。1か月にかけたインターフェロン(フリー)・核酸アナログ製剤治療医療費が、月額自己負担限度額を超えなかった場合、この用紙は記入していただく必要はありません。



この医療費証明書は、医療機関または保険薬局の担当の方に記入してもらってください。



医療機関・保険薬局ごとに証明書をそろえてください。

※2枚以上必要な場合はコピーしてご利用ください

●書類に不備がある場合は、請求者または、医療機関へ返送させていただきますのでご了承ください。

医療機関・保険薬局の方へ

表面の医療費証明書は、有効期間開始日から肝炎インターフェロン(フリー)又は核酸アナログ製剤治療受給者証を使用開始するまでの期間に、承認された月額自己負担限度額を超えて医療機関や保険薬局に支払った治療医療費を受給者等が大阪府に請求するためのものです。この医療費証明書の記載内容から大阪府が償還額を計算しますので、1か月にかけた全てのインターフェロン(フリー)又は核酸アナログ製剤治療に関する治療医療費がわかるように記入願います。

また、レセプトで公費請求をされる予定の場合は記入の必要はありません。

健康保険の種別 は必ず記入してください。	高額療養費所得区分 (70歳未満の方 70歳以上の方)	診療年月	診療日数 (肝炎治療医療の日数)	保険診療総点数	左記点数のうち インターフェロン(フリー) 核酸アナログ製剤治療 に係る診療点数	患者から領収した額 (インターフェロン(フリー) 核酸アナログ製剤治療に係る医療費)
健康保険 3割 国保 後期高齢者 国保退職者	△年 4月分	入院 15日間	45308点	45308点	135920円	
医療機関名 (診療科)	〇〇〇 病院 消化器内科	調剤	代 表 者 印			
健康保険 3割 国保 後期高齢者 国保退職者	△年 5月分	入院 15日間 外来 3日	51809点 7426点	51809点 6971点	82630円 20920円	
医療機関名 (診療科)	〇〇〇 病院 消化器内科	調剤				
健康保険 3割 国保 後期高齢者 国保退職者	△年 6月分	入院 日間 外来 4日	21990点 21605点	21605点	44400円	
医療機関名 (診療科)	〇〇〇 病院 消化器内科	調剤				

保険診療総点数と同じ点数であっても必ず記入してください。

高額療養費適用の場合は区分を記入してください。

多数該当の場合、例です。

実際の肝炎治療助成での患者から領収した額を記入してください。レセプトの点数計算と患者自己負担額が相違する場合はその旨備考欄に記入願います。

高額療養費の引き下げがある場合はそれに基づき領収した額を記入してください。

使用なし・44400円
150000円・35400円
80100円・24800円

高額療養費引下げ限度額 80100円

高額療養費引下げ限度額 44400円

月の途中で月額自己負担限度額管理票に記入したり、自己負担限度額で清算した事実がある場合はその旨備考欄に記入してください。

備考欄 <備考欄> 上記診療月のうち、入院中や月の途中から受給者証の月額自己負担限度額が6月〇日入院分 9254点 10,000円 (受給者証に記入分)

上記のとおり領収したことを証明する。
△年 △月 △日

所在地 〇〇市〇〇町〇〇2-2

名称 (支店名も含む) □□□病院

代表者 〇〇 〇〇〇

代表者印

証明印は医療機関印ではなく、代表者印(院長印や理事長印)、個人営業の場合は代表者の個人印を押印してください。

医療機関コード 2 7 1 2 3 4 5

連絡先電話番号 06-1234-5678 内線 担当番 123 〇〇〇

医療機関コード及び連絡先電話番号を必ず記入してください。