

大阪府 肝炎 インターフェロン(フリー) 核酸アナログ製剤 治療医療費請求書

受給者	氏名	受給者番号																	
	住所																		
	受診医療機関 利用保険薬局																		
請求者 (受給者も含む)	フリガナ	受給者との続柄																	
	氏名	(印)																	
	フリガナ																		
	住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	TEL (- -)																
送金用 振替口座	送金用振込口座の欄には、必ず <u>請求者名義</u> の口座を記入してください。																		
	銀行名	銀行 ※ ※ ※ ※ 農協 ※ ※ ※ ※ 信用金庫 ※ ※ ※ ※ 労働金庫 ※ ※ ※ ※	預金種別 1. 普通・総合 2. 当座																
		支店	口座番号																
	口座名義人 (左詰・カナで記入)																		
年 月分 から 年 月分 (月分) の 肝炎 インターフェロン(フリー) 核酸アナログ製剤 治療医療費を下記のとおり請求いたします。 大阪府知事 様 年 月 日																			
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>※医療費</td> <td>百万</td> <td>十万</td> <td>万</td> <td>千</td> <td>百</td> <td>十</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>				※医療費	百万	十万	万	千	百	十	円								
※医療費	百万	十万	万	千	百	十	円												

■ 記入上の注意 ■

- この請求書は有効期間の範囲内で、すでに月額自己負担限度額を超えて、医療費を支払った方のみ提出してください。(今後は受給者証を医療機関の窓口で提示していただくと精算されますので請求していただく必要はありません)
- 太枠内をかい書で記入してください。
- ※印の欄は記入不要です。
- 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(様式8)に医療機関の証明のない場合は医療費の支払いをいたしません。
- 領収書は証明書の代わりにはなりません。必ず証明書で提出してください。
- 大阪府内に支店のある銀行、信用金庫、農協、信用組合、労働金庫に振替できます。
- 治療医療費証明書に係る手数料については請求者が負担してください。

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交付を受けた方へ

受給者証を交付された後に、保険医療機関等で インターフェロン（フリー）・核酸アナログ製剤治療を受ける場合、「肝炎受給者証」を窓口に提出してください。

この様式は大阪府への請求書です

この請求書は、有効期間開始日から受給者証が届くまでの期間に、承認された月額自己負担限度額を超えて医療機関・保険薬局に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医療費を大阪府に請求していただくためのものです。

提出不要の場合もありますので確認を

医療機関・保険薬局でインターフェロン（フリー）・核酸アナログ製剤治療にかかった1か月分の治療費の合計金額が月額自己負担限度額を超えない場合はこの請求書を提出していただく必要はありません。

肝炎治療医療費証明書も

この請求をされる方は「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」（様式 8 医療機関・保険薬局記入）も併せて送付してください。また、証明書につきましては、受診医療機関・保険薬局ごとの証明が必要となりますので、必要枚数をコピーしてご使用ください。

請求書は請求者が記入してください。

保険適用分が助成対象です

インターフェロン（フリー）・核酸アナログ製剤治療について、保険適用分の医療費が助成対象です。ただし、入院個室、食事代、診断書料などは対象外です。

保険点数で治療費を確認します

証明書にてインターフェロン（フリー）・核酸アナログ製剤治療にかかった治療費を大阪府で確認のうえ自己負担限度額を超えた医療費について還付します。

高額療養費の請求を忘れずに

医療費援助は、保険適用分の医療費自己負担のうち高額療養費までの額が上限となります。それを超える額は、高額療養費となりますので、加入されている健康保険組合へ請求方法をお問い合わせください。

支払いまでには多少時間を要します

書類が大阪府に到着後、内容を確認し不備がある場合は郵送で医療機関等とやり取りをします。その場合通常の手続きより時間がかかります（2か月程）。また、大阪府からの通知はいたしませんので通帳記入のうえご確認ください。

送付先

〒540-8570 大阪市中央区大手前2-1-22
電話 06(6941)0351 (代表)

大阪府健康医療部健康推進室
健康づくり課 生活習慣病・がん対策グループ

記入の際の注意事項

- 文字はかき書ではっきり記入してください。
- 印鑑は請求者の認印で結構です。また、医療費請求書の欄外に必ず捺印を押印してください。
- 受診医療機関・利用保険薬局欄には、還付請求をする期間に受診・利用した全ての医療機関名・保険薬局名を記入してください。
- ※の欄は記入不要です。
- 記入に訂正が生じた場合は（二重線）を引き、その上に同じ印を押印してください。
- 振込口座の名義人は請求者です。必ず請求者の口座を記入してください。



記入例

大阪府 肝炎 インターフェロン（フリー）
核酸アナログ製剤 治療医療費請求書

受給者	氏名	大阪 花子	受給者番号	〇〇〇〇〇〇
	住所	大阪府大阪市中央区大手前2-1-22		
	受診医療機関 利用保険薬局	〇〇大学附属病院 □□□□薬局	△△△クリニック	
請求者	フリガナ	オオサカ ハナコ	受給者との続柄	
	氏名	大阪 花子	本人	
	フリガナ	オオサカシ チュウオウク オオテマエ		
送金用 振替口座	住所	〒540-8570	TEL (06 - 6941 - 0351)	
	送金用振込口座の欄には、必ず請求者名義の口座を記入してください。			
	銀行名	〇〇〇〇	支店	1234567
口座名義人 (姓・名・カナ)		オオサカ ハナコ		
〇〇年 △ 月分 から 〇〇年 □ 月分 (△ か月分) の 肝炎核酸アナログ製剤治療医療費を下記のとおり請求いたします。 大阪府知事 様 〇〇年 △ 月△△日				
※医療費				