

様式8 ※この用紙は医療機関で記入してもらってください(1医療機関につき1枚使用。コピーしてください。)

肝炎 インターフェロン(フリー) 核酸アナログ製剤 治療医療費証明書

(医療機関等記載欄)

受給者氏名	受給者証番号
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:ア・イ・ウ・エ・オ 70歳以上:現役Ⅲ・現役Ⅱ・現役Ⅰ・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ 75歳以上:現役Ⅲ・現役Ⅱ・現役Ⅰ・一般Ⅱ・一般Ⅰ・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ				多数 該当	年 月分から
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・ 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・核酸アナログ製剤 治療に関する医療費	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	円	高
		外来	日	点	円	
処方先 医療機関名 (診療科)	病院 科	調剤	回	点	円	月計
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	円	高
		外来	日	点	円	
処方先 医療機関名 (診療科)	病院 科	調剤	回	点	円	月計
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	円	高
		外来	日	点	円	
処方先 医療機関名 (診療科)	病院 科	調剤	回	点	円	月計
<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表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・核酸アナログ製剤治療医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。