

肝がん・重度肝硬変治療医療費請求書

参加者	氏名							受給者番号						
	住所													
	指定医療機関													
請求者	フリガナ							参加者との続柄						
	氏名													
	フリガナ													
	住所	〒 - -						TEL(- -)						
	電話番号													
	送金用振替口座	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	銀行協農信用金庫労働金庫				※	※	※	※	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)													
<p>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費を下記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: left;">大阪府知事 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>														

	百万	十万	万	千	百	十	円
※医療費決定額							

○請求を行う際は、下記書類を添付してください。

- ①参加者証の写し
- ②参加者の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の写し
- ③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（原本）
- ④当該月において受診した全ての医療機関が発行した診療明細書（原本）
- ⑤①に記載された保険種別や適用区分に変更がある場合のみ
参加者の氏名が記載された医療保険の適用区分を確認できる次のいずれかの書類の写し
※「資格確認書」、マイナポータル「健康保険証」画面の印刷物、限度額適用（・標準負担額減額）認定証
- 肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証をお持ちの方のみ
当該月の月額自己負担管理票の写し

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の認定を受けられた方へ

この様式は大阪府への請求書です

この請求書は、参加者証の認定を受けており、かつ保険医療機関及び保険薬局において肝がん・重度肝硬変の入院又は外来関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を過去24月以内に1月以上受けておられ、指定医療機関での医療費が高額療養費算定基準額を超える月が2月目以降の医療費について、大阪府に償還請求いただくものです。

提出不要の場合もありますのでご確認を

肝がん・重度肝硬変の入院又は外来関係医療を受けた月が過去24月以内に2月に満たない場合は対象ではありません。また、指定医療機関で、肝がん・重度肝硬変の医療費が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。

保険適用分が助成対象です

肝がん・重度肝硬変について、保険適用分の入院関係又は通院関係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

証明書にて肝がん・重度肝硬変治療の医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。

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とりをします。その場合通常の手続きより時間がかかります（2か月程）。

記入例

大阪府 肝がん・重度肝硬変治療医療費請求書

参加者	氏名	大阪 花子		受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇			
	住所	大阪府中央区大手前2-1-22						
	指定医療機関	△△△病院						
請求者	フリガナ	オオサカ ハナコ		参加者との続柄				
	氏名	大阪 花子		本人				
	フリガナ	〒540-8570 TEL(06-6941-0351)						
	住所	大阪府中央区大手前2-1-22						
	電話番号	大阪府中央区大手前2-1-22						
送金口座	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	支店	〇〇〇	口座番号			
	口座名義人 (姓・カナで記入)	オオサカ ハナコ						
	預金種別	1	2	3	4	5	6	7

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費を下記のとおり請求します。

大阪府知事 様

〇〇年△月△△日

<記入の際の注意事項>

- 請求書は請求者が記入してください。
- 請求書の太枠内を、かい書ではっきり記入してください。
- 指定医療機関欄には、還付請求をする期間に利用したすべての指定医療機関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）を引き修正してください。
- 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。

※医療費決定額	百万	十万	万	千	百	十	円
---------	----	----	---	---	---	---	---

送付先

〒540-8570 大阪府中央区大手前2-1-22
電話 06(6941) 0351 (内2592)

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