

(様式7)

三重県肝がん・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

三重県知事あて

年 月分の三重県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費について、別紙医療費証明書または領収書に基づき、公費負担分の償還を申請します。

なお、償還金は下記の口座に振り込んでください。

申請者	フリガナ							参加者氏名とその続柄	参加者氏名				
	氏名								続柄 ()				
	住所	〒 -											
	電話番号	自宅() -						その他連絡先					
	公費負担者番号												
	公費負担医療の受給者番号												
申請者名義の口座名義	銀行・信金・信組							普通・当座	口座番号				
	農協・漁協・労金												
	ゆうちょ銀行		店名					普通					
フリガナ 口座名義													
他の医療費助成制度受給資格	有・無 身体障害者手帳 () 級・療育手帳 () 級・被爆者健康手帳・ その他 ()												

本請求書とともに、下記の書類を添付の上、手続きを進めてください。

- ① 請求者（参加者）の氏名が記載された被保険者証、高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証の写し
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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
- ⑤ 振込先の口座番号等が確認できる資料（キャッシュカードの写し等）
- ⑥ 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
- ⑦ その他（三重県知事が必要と認める書類）

注1：ゆうちょ銀行の場合は、通帳の最初のページ左上の記号・番号ではありません。

ゆうちょ銀行の窓口等で振込用の店名・口座番号を確認し記入してください。

注2：2か月分以上まとめて申請する場合でも、申請書の提出は1枚で結構です。

注3：振り込み口座の名義人は、申請者と同じにしてください。申請者の口座以外に振込を希望される場合は、委任状が必要となります。

注4：申請金額のうち、高額療養費該当分は控除して支給します。

自己負担が高額療養費制度の自己負担限度額を超えた場合、その超えた額については、各医療保険の保険者（健康保険組合や国民健康保険など）から支払いを受けることになります。高額療養費制度については各保険者へお問い合わせください。

