第6号様式

肝炎治療費請求書

年　　月　　日

大分県知事　　殿

請求金額　金　　円

請求者	住　所	（〒　　ー　　）	TEL　　（　）	
	フリガナ		受給者との続柄	
	氏　名（振込先と同じ）		本人　夫　妻　父　母　その他（　　）	
振込先	金融機関	銀行・信用金庫・信用組合・農業協同組合・漁業協同組合　　本店　支店・出張所		
	フリガナ		預金口座	普通　・　当座
	名義人（請求者と同じ）		口座番号	
受給者	受給者番号		有効期間	年　月　日 ～　年　月　日
	交付年月日		月額自己負担限度額	円
	保険種別	1 協会けんぽ　2 組合健保　3 船員保険　4 共済組合　5 国保組合　6 国保一般　7 後期高齢者		
	住　所			
	フリガナ		性　別	男　・　女
	氏　名		生年月日	年　月　日

〇本請求書とともに、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（受給者）の肝炎治療受給者証の写し
② 肝炎治療自己負担限度額月額管理票の写し等
③ 当該月における肝炎治療医療費証明書（第6号様式の2）又は当該月において受診した全ての保険医療機関及び保険薬局が発行した領収書、診療明細書及び調剤明細書
④ その他（知事が必要と認める書類）

※ 自己負担額（月単位）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、本請求の対象となりませんので、保険者に高額療養費の請求を行ってください。

「受給者」と「請求者・振込先（名義人）」が異なる場合は、委任状が必要です。ただし、受給者が未成年の場合は、保護者との関係が証明できるもの（住民票・保険証の写し等）を添付すればそれに代えることができます。