

(別紙様式 7)

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

愛媛県知事 様

請求者 (参加者) 住所 〒

氏名 (印)

電話番号 ( ) -

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費を下のとおり請求します。  
なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。

ふりがな					公費負担者 番号								
参加者氏名					公費負担医療 の受給者番号								
振込口座 (請求者)	(金融機関名)				支店 出張所	支店コード	種別						
	口座 番号							普通・当座					
					ふりがな								
					口座名義								

※提出にあたっての注意事項。

- 本請求書とともに、下記の書類も提示及び写しを添付の上、手続きを進めてください。
  - 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
  - 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
  - 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
  - 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
  - 初回の場合は、口座振替申込書兼債権者登録 (変更) 票
  - 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
  - その他 (愛媛県知事が必要と認める書類)
- 請求者 (参加者) の押印欄に必ず押印してください。
- 振込口座については、請求者 (参加者) の名義の口座を記載してください。

(都道府県記入欄)

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