別紙様式１１

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

福　島　県　知　事　　殿

決定金額
円

※太枠欄は記入しないでください。

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。

ﾌﾘｶﾞﾅ		住所	〒　　　－
請求者（参加者）氏名			電話番号　　（　　　）

（代理人の場合は代理人の氏名の記載と押印）

診療年月　　年　　月 / 入院期間（入院日～退院日）	窓口支払額（全医療の自己負担額）	a 入院関係医療の自己負担額（高額療養費が支給されている）	b 自己負担限度額	c＝a－b 差引公費請求額
日～　　日	円	円	円	円
日～　　日	円	円	円	円
日～　　日	円	円	円	円
合計	円	円	円	円

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	
有効期間			
振込口座（請求者）	（金融機関名）	支店 出張所	支店コード	種別：普　通・当　座
	口座番号		ふりがな / 口　座　名　義	

（注）１．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、調剤明細書及び指定医療機関が発行した「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費証明書」（別紙様式１１の１）

⑤ 振込口座の金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人が確認できる通帳又はカード等の写し

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（知事が申請内容の審査に必要と認める書類）

２．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。

３．本請求は、１月ごとにとりまとめて請求してください。

４．審査に時間を要するため、請求から支払まで基本的に半年程度かかります。