

様式第 7 号

福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書

福岡県知事殿

年 月 日

肝がん医療費及び重度肝硬変医療費として下記のとおり請求します。

請求金額		円	＊決定金額		円
参加者	住所	〒			
	カナ	TEL			
	氏名	生年月日		年 月 日 生 (歳)	
	病名	参加者証有効期間		年 月 日から 年 月 日まで	
	公費負担番号		自己負担限度額	10,000 円	
	受給者番号				
支払方法 (○で囲む)		1 参加者の口座に振替 2 下記委任状により委任された者の口座に振替			

委 任 状

私は下記の者を代理人と定め、福岡県からの肝がん医療費及び重度肝硬変医療費（償還払い）の受領を委任します。

（ 請求者（参加者）

住所

氏名

（ 受任者

住所

カナ氏名

請求者との続柄：請求者の（ ）

＊支払金額決定欄				
	受 療 期 間	医 療 費 公費負担額	患者自己負担額	患者自己負担済額
入院・通院	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入院・通院	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入院・通院	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入院・通院	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入院・通院	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入院・通院	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入院・通院	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
	計	円		

医療機関記入欄						
参加者の保険種別 (○で囲む)		国保一般 ・国組（本人・家族）・国退（本人・家族） ・ 協会（本人・家族） ・ 組合（本人・家族）・ 共済（本人・家族） ・ 後期高齢 ・ その他（ ）				
受 療 期 間 (実診療日数)		レセプト 上で 入院・通院	保険診療総点数	左記点数のうち 肝がん医療費及び 重度肝硬変医療費 に係る診療点数	患者負担額	備考
年 月 分	日～ 日 (日)	入院・通院	点	点	円	
	日～ 日 (日)	入院・通院	点	点	円	
	日～ 日 (日)	入院・通院	点	点	円	
年 月 分	日～ 日 (日)	入院・通院	点	点	円	
	日～ 日 (日)	入院・通院	点	点	円	
	日～ 日 (日)	入院・通院	点	点	円	
年 月 分	日～ 日 (日)	入院・通院	点	点	円	
	日～ 日 (日)	入院・通院	点	点	円	
	日～ 日 (日)	入院・通院	点	点	円	
計					円	
上記のとおり、患者負担金については肝がん・重度肝硬変治療研究事業において対象とされている医療のため、参加者より領収済みであることを証明します。						
年 月 日		医療機関コード ()				
医療機関所在地		()				
名 称		(TEL)				
医療機関の長名		(記入者)				

○参加者の方へ（注意事項）

①この請求書は有効期間の開始日以降で、既に支払った医療費のうち、自己負担限度額を超え、払い戻しがある場合に提出してください。

②裏面の記入要領に沿って上記太枠内をご記入ください。右ページは参加者証有効期間内の医療費等について、医療機関に証明してもらってください。

③請求書受付窓口へ提出の際は、この請求書と医療記録票写し、領収書、高額療養費決定通知書（該当者のみ）、参加者証写し、振込先の通帳等をお持ちの上各受付窓口で請求の手続きをお願いします。

④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」の写しを提出してください。

○医療機関の方へ（注意事項）

参加者証有効期間内の医療費について、裏面の記入要領に沿って記入をお願いします。

尚、記入がない医療費については、計算対象になりません。肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業において対象となる医療費のうち、参加者の医療記録票に記入されていないものについては、記入漏れ等がないようにお願いします。

肝がん・重度肝硬変治療研究事業参加者証は医療内容により種類が異なります。提示された参加者証の対象となる医療に応じた医療費の請求をお願いします。

《記載要領》

請求者の方へ

記入する欄は①の太枠の中です。(支給額を他の方の口座に振り込む

場合は、②も記入してください。)

③は医療機関に記入を依頼してください。

当該請求書は1医療機関につき1枚必要です。複数の医療機関で診療

があった場合には請求書をコピーして使用してください。

年月日の記入は西暦ではなく、邦歴で記載してください。

様式第7号

福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究事業医療費償還払い請求書

福岡県知事殿

年 月 日

肝がん医療費及び重度肝硬変医療費として下記のとおり請求します。

①

請求金額		円	*決定金額		円
参加者	住所	〒812-0000 福岡市博多区・・・			
	カナ	フクオカ タロウ		生年月日	59年 1月 1日生 (00 歳)
	氏名	福岡 太郎			
	病名	慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる)		参加者証有効期間	00年 4月 1日から 00年 3月31日まで
	公費負担番号	38000000		自己負担限度額	10,000 円
	受給者番号	2000000			
支払方法 (○で囲む)	① 参加者の口座に振替 2 下記委任状により委任された者の口座に振替				

参加者以外の方の口座へ振り込みを希望される場合に、記入・押印してください。

②

委任状

私は下記の者を代理人と定め、福岡県からの肝がん医療費及び重度肝硬変医療費（療養費払い）の受領を委任します。

請求者（参加者）	受任者
住所 福岡市博多区・・・	住所 福岡市博多区・・・
氏名 福岡 太郎	カナ フクオカ ハナコ 氏名 福岡 花子
請求者との続柄：請求者の（ 妻 ）	

がん感染症疾病対策課で記入しますので、何も書かないでください。

*支払金額決定欄				
	受療期間	医療費 公費負担額	患者負担額	患者自己負担済額
入院・通院	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入院・通院	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入院・通院	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入院・通院	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入院・通院	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入院・通院	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入院・通院	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
計		円		

医療機関の方へ

参加者証有効期間内の医療費

について下記に従い記入してく

ださい。

<受療期間><実診療日数>

月毎に記入してください。総合

病院の場合は1レセプト毎に記載してください。

<保険診療総点数>

肝がん・重度肝硬変治療療研究

促進事業において対象となる診

療があった日の総点数の合計を

記載してください。

<左記点数のうち肝がんに対す

る医療費及び重度肝硬変に対す

る医療費に係る診療点数>

総点数の合計のうち、肝がん・

重度肝硬変医療研究促進事業の

対象となっている診療点数のみ

を抽出して記載してください。

対象外の診療点数については差

し引いてください。

<患者負担額>

<左記点数のうち肝がんに対す

る医療及び重度肝硬変に対する

医療に係る診療点数>×10 か

ら参加者の保険負担割合を乗じ

た金額（＝肝がん・重度肝硬変

治療研究促進事業において対象

となっている医療費の患者負担

額）を記載してください。

<備考>

高額療養費限度額認定証等の

使用があった場合は備考欄にそ

の旨記載してください。

診療点数に修正があった場合

は、修正後の診療点数を記載し

てください。この場合、患者負

担額は、対象医療費のうち、実

際に患者さんが負担された金額

を記載し、備考欄にその旨記載

してください。

③

医療機関記入欄						
参加者の 保険種別 (○で囲む)		国保一般・国組（本人・家族）・国退（本人・家族）・協会（本人・家族）・組合（本人・家族）・共済（本人・家族）・後期高齢・その他（ ）				
受療期間 (実診療日数)		レセプト 上で 入院・通院	保険診療総点数	左記点数のうち 肝がん医療費及び 重度肝硬変医療費 に係る診療点数	患者負担額	備考
00年 4月分	16日～30日 (15日)	入院・通院	30,000点	27,050点	57,600円	限度額認定 証使用(エ)
	日～日 (日)	入院・通院	点	点	円	
	日～日 (日)	入院・通院	点	点	円	
00年 5月分	1日～1日 (1日)	入院・通院	17,000点	15,000点	45,000円	
	12日～12日 (1日)	入院・通院	12,000点	11,000点	33,000円	内科
	日～日 (日)	入院・通院	点	点	円	
年 月分	日～日 (日)	入院・通院	点	点	円	
	日～日 (日)	入院・通院	点	点	円	
	日～日 (日)	入院・通院	点	点	円	
年 月分	日～日 (日)	入院・通院	点	点	円	
	日～日 (日)	入院・通院	点	点	円	
	日～日 (日)	入院・通院	点	点	円	
計					円	
上記のとおり、患者負担金については肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業において対象とされている医療のため、参加者より領収済みであることを証明します。						
00年 5月 30日		医療機関所在地 名称 福岡市博多区・・・ 医療機関の長名 00病院 病院長 00		医療機関コード (123456789) (〒 092-000-0000) (記入者 000)		

○参加者の方へ（注意事項）

①この請求書は有効期間の開始日以降で、既に支払った医療費のうち、自己負担限度額を超え、払い戻しがある場合に提出してください。

②裏面の記入要領に沿って上記太枠内をご記入ください。右ページは参加者証有効期間内の医療費等について、医療機関及に証明してもらってください。

③請求書受付窓口に出す際は、この請求書と医療記録票写し、領収書、高額療養費決定通知書（該当者のみ）、参加者証写し、振込先の通帳等をお持ちの上各受付窓口で請求の手続きをお願いします。

○医療機関の方へ（注意事項）

参加者証有効期間内の医療費について、裏面の記入要領に沿って記入をお願いします。

尚、記入がない医療費については、計算対象になりません。肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業において対象となる医療費のうち、参加者証の医療記録票に記入されていないものについては、記入漏れ等がないようをお願いします。

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証は医療内容により種類が異なります。提示された参加者証の対象となる医療に応じた医療費の請求をお願いします。