

医療費償還払請求書

年 月 日

埼玉県知事

請求者(参加者) 氏名

住所

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以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	3	8	1	1	6	0	2	6	
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																

なお、この申請に関して不明な点がある場合、埼玉県が直接、保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が埼玉県に当該情報を提供することに同意します。

受給者 _____

被保険者 _____

(被保険者が受給者の場合は必要ありません。)

※提出にあたっての注意事項。

本請求書とともに、下記の書類を添付の上、手続を進めてください。

- ① (お持ちの方のみ) 限度額適用等認定書
- ② 参加者証の写し
- ③ 医療記録票の写し (※) ※医療記録票の写しは、更新申請の際も必要となります。更新予定の場合は引き続き保管してください。

医療記録票がない場合は、療養証明書(埼玉県様式8-2)の提出に変えることも可

- ④ 領収書(原則として原本。入院は対象医療以外も必要。外来は対象医療のみで可。)
- ⑤ 振込先の金融機関名・支店名・口座番号・名義人のフリガナが分かる書類(通帳見開き部分等)の写し
- ⑥ (核酸アナログ製剤治療の肝炎治療受給者証をお持ちの方のみ)
「肝炎治療自己負担限度額管理票」の写し(助成月以前の24月内のもの)