様式第７号

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

滋　賀　県　知　事　　様

請求者（参加者）　住所　〒

氏名

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。

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="3"></td><td>公費負担者番号</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">参加者氏名</td><td colspan="3" rowspan="2"></td><td>公費負担医療の受給者番号</td><td colspan="7"></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">振込口座（請求者）</td><td colspan="3" rowspan="2">（金融機関名）</td><td>支店</td><td colspan="2">支店コード</td><td colspan="5">種別</td></tr>
<tr><td>出張所</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="5">普　通・当　座</td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>ふりがな</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>口座名義</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

※提出にあたっての注意事項。

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）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の写し
② 請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の写し等
③ 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および診療明細書
④ 振込先の口座番号等が確認できる資料（キャッシュカードの写し等）
⑤ 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
⑥ その他（都道府県知事が必要と認める書類）

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。

（都道府県記入欄）

決定額	百万	十万	万	千	百	十	円

保健所受付印