

肝炎治療費証明書 *1月毎、医療機関毎に作成してください。					
受給者番号					受給者 氏名
生年月日	年	月	日	性別	
保険の種類：	自己負担割合：		割		

医療機関分 (明細) (年 月分) *医療機関が記入してください。					
区分	診療実日数	診 療 日	公費対象点数 *()内は該当月の総点数を記載のこと。	患者負担相当額 *高額療養費現物給付制度適用で限度額を超える場合は自己負担限度額を記載	備 考
入院医療費	日	日から 日まで	() 点	円 現物給付制度の適用 (あり・なし)	
通院医療費	日	日から 日まで	() 点	円	
肝炎にかかる治療について、上記のとおり領収したことを証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 代表者名 印					


薬局分 (明細) (年 月分) *薬局が記入してください。					
区分	実調剤日数	診 療 日	公費対象点数 *()内は該当月の総点数を記載のこと。	患者負担相当額	備 考
院外処方による薬局分	日	日から 日まで	() 点	円	
肝炎にかかる治療について、上記のとおり領収したことを証明します。 年 月 日 薬局 所在地 名 称 代表者名 印					

記入見本


様式第6号

肝炎治療費証明書							*1月毎、医療機関毎に作成してください。				
受給者番号	2	0	0	0	0	0	1	受給者氏名	滋賀 びわ子		
生年月日	昭和 26年 6月 26日						性別	女			
保険の種類			国保			自己負担割合			3割		

1か月毎に1枚ずつ作成してください。
また、医療機関ごとに作成してください。

医療機関分（明細）（平成20年 4月分）*医療機関が記入してください。					
区分	診療実日数	診療日	公費対象点数 *（ ）内は該当月の総点数を記載のこと	患者負担相当額 *高額療養費現物給付制度適用で限度額を超える場合は自己負担限度額を記載	備考
入院医療費	20日	1日から 20日まで	32500点 (35000)	97,500円	
通院医療費	3日	23日から 30日まで	11450点 (12500)	34,350円	
<p>肝炎にかかる治療について、上記のとおり領収したことを証明します。</p> <p>平成20年 8月 10日</p> <p>医療機関 所在地 滋賀県大津市京町〇丁目〇番〇号</p> <p>名称 △△△診療所</p> <p>代表者名 院長 △村 △子 </p>					

必ず該当月の総点数を記載してください。
（ ）外は公費負担対象医療の点数になります。
また、患者負担相当額欄には高額療養費現物給付制度の適用を受けている場合で限度額を超えている場合は限度額を記載してください。

薬局分（明細）（ 年 月分）*薬局が記入してください。					
区分	実調剤日数	診療日	公費対象点数 *（ ）内は該当月の総点数を記載のこと	患者負担相当額	備考
院外処方による薬局分	日	日から 日まで	点	円	
<p>肝炎にかかる治療について、上記のとおり領収したことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>薬局 所在地</p> <p>名称</p> <p>代表者名 </p>					

院外処方により薬局が領収した場合は、その薬局が記入してください。

必ず、肝炎治療特別促進事業の対象医療分のみを記載してください。
また、高額療養費支給対象の場合の公費負担額の計算のため、（ ）内に該当月の総点数を記載してください。
患者負担相当額は、実際に領収した金額を記入してください。
（10円未満を四捨五入した場合は、四捨五入した金額を記載してください。）