

肝 炎 治 療 医 療 費 証 明 書

患 者	住 所		受 給 者 番 号
	氏 名		
	保険種別	協会けんぽ・組合・共済・国保・後期高齢・その他（ ）	

上記の者に対する肝炎治療医療費のうち、自己負担分として次の金額を受領したことを証明します。

年 月 日

医療機関等  
医療機関コード

所 在 地

名 称

代表者氏名

印

合計 円

診療年月	負担区分	診療区分	診療日数	肝炎治療・調剤の点数	患者からの領収額	所得区分 ※限度額適用認定証提示の場合
年 月	1割 2割 3割	入院 通院 調剤	日	[ ] 点	円	ア・イ・ウ・エ・オ I・II
年 月	1割 2割 3割	入院 通院 調剤	日	[ ] 点	円	ア・イ・ウ・エ・オ I・II
年 月	1割 2割 3割	入院 通院 調剤	日	[ ] 点	円	ア・イ・ウ・エ・オ I・II
年 月	1割 2割 3割	入院 通院 調剤	日	[ ] 点	円	ア・イ・ウ・エ・オ I・II

※各区分欄は○で囲んでください。

※入院時食事・生活療養費は助成対象ではないため、標準負担額を領収額欄へは含めないでください。

※同一月に肝炎治療以外の診療を行っている場合には、点数欄上段〔 〕へ保険診療総点数も記入してください。

※この証明書に証明した医療費は、公費併用レセプト等での請求はしないでください。