様式第13号（第14条関係）　医療機関用

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。**