

静岡県告示第480号

静岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱（平成20年静岡県告示第348号）の一部を次のように改正する。

令和6年7月2日

静岡県知事 鈴木康友

別表第1（注）2(3)を削る。

別表第4中

「

3 肝炎治療受給者が 保険医療機関等に支 払った肝炎治療費用	肝炎治療受給 者	様式第9号による肝炎治療費 請求書及び様式第10号による 肝炎治療費証明書	診療月の 翌月の10日	知事
--------------------------------------	-------------	---	----------------	----

」

を

「

3 肝炎治療受給者が 保険医療機関等に支 払った肝炎治療費用	肝炎治療受給 者	(1) 様式第9号による肝炎治 療費請求書 (2) 様式第10号による肝炎治 療費証明書 (3) 被保険者証等の写し (4) 受給者証の写し (5) 管理票の写し (6) 当該月において受診した 全ての保険医療機関等が発 行した領収書、診療明細書 及び調剤明細書 (7) 高額療養費の現物給付を 受けた場合は限度額適用認 定証の写し、高額療養費の 支給がある場合はその決定 通知書又は所得区分が確認 できる書類の写し (8) 振込先口座の口座番号等 が確認できる資料 (9) その他知事が必要と認め る書類	診療月の 翌月の10日	知事
--------------------------------------	-------------	---	----------------	----

」

に改める。

様式第9号を次のように改める。

様式第9号（別表第4関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

肝炎治療費請求書

静岡県知事 様

静岡県肝炎治療特別促進事業の治療費として下記のとおり請求します。

なお、私が記載した保険診療分患者一部負担額の合計額と交付決定額が異なる場合には、交付決定額を請求額として取り扱うことに同意します。

保険診療分患者一部負担額 合計額（請求額） 円	請求者	年 月 日 (〒 -) 住 所 氏 名 受 給 者 との続柄 電話番号 - -
交付決定額（正当請求額） 円		
請求対象 年 月 診療分		

(振込先口座)

金融機関名（該当に○）、支店名	預金種別（該当に○）、口座番号	口座名義人（請求者本人）
銀行・信金・信組 農協・労金	普通預金 ・ 当座預金 (総合口座)	カナ
支店		漢字

(添付書類)

この請求書には、次の書類を添付してください。

- 1 肝炎治療費証明書（様式第10号）
- 2 請求者（受給者）の氏名が記載された被保険者証等の写し
- 3 請求者（受給者）の肝炎治療受給者証の写し
- 4 請求者（受給者）の肝炎治療月額自己負担限度額管理票の写し
- 5 当該月において受診した全ての保険医療機関及び保険薬局が発行した領収書、診療明細書及び調剤明細書
- 6 高額療養費の現物給付を受けた場合は限度額適用認定証の写し、高額療養費の支給がある場合はその決定通知書又は所得区分が確認できる書類の写し
- 7 振込先口座の口座番号等が確認できる資料（通帳又はキャッシュカードの写し等）
- 8 その他知事が必要と認める書類

(注)

- 1 太枠内の該当事項は、全て請求者が記入してください。太枠以外の欄は記入しないでください。
- 2 請求書は月ごとに作成してください。別々の月の分を1枚の請求書にまとめて請求することはでき

ません。

- 3 高額療養費制度により、保険者から患者一部負担額の一部が支給される場合、請求額と交付決定額に差が生じることがあります。高額療養費の支給対象となる場合は、保険者に支給申請を行ってください（本事業を併用する旨を申告してください）。
- 4 交付決定額（支払額）について疑問点があれば請求先までお問い合わせください。

附 則

- 1 この告示は、公示の日から施行する。
- 2 この告示の施行の際現に改正前の別表第4の規定及び様式第9号により提出されている請求書は、改正後の別表第4の規定及び様式第9号により提出されたものとみなす。
- 3 この告示の施行の際現に改正前の様式第9号により作成されている用紙は、当分の間、調整して使用することができる。