

肝炎治療費申請書

年 月 日

三重県知事あて

_____年_____月分の肝炎治療費について、別紙医療費証明書を添えて公費負担分の返還を申請します。

なお、償還金は下記の口座に振り込んでください。

請求者	フリガナ			受給者氏名	受給者氏名		
	氏名			(続柄)	続柄 ()		
	住所	〒 -					
	電話番号	自宅() -		その他連絡先			
	受給者名義の口座及び口座名義	銀行・信金・信組			口座種別	口座番号	
		農協・漁協・労金			支店	普通当座	
	ゆうちょ銀行	店名		普通			
	フリガナ 口座名義						
他の医療費助成制度受給資格	有・無 身体障害者手帳 () 級・療育手帳 () 級・被爆者健康手帳・ その他 ()						

※注1：ゆうちょ銀行の場合は、通帳の最初のページ左上の記号・番号ではありません。
ゆうちょ銀行の窓口等で振込用の店名・口座番号を確認して記入してください。

※注2：受給者証の写しを添付下さい。

※注3：2ヶ月分以上まとめて申請する場合でも、この申請書は1枚で結構です。

1. 振り込み口座の名義人は、受給者と同じにしてください。また受給者の口座以外に振込を希望される場合は、委任状が必要となります。
2. 自己負担が高額療養費制度の自己負担限度額を超えた場合、その越えた額については、保険者（健康保険組合、社会保険事務所、市町）に高額療養費の請求を行ってください。