

肝炎治療療養費証明書

(医療機関証明欄)

受給者番号 _____

受給者氏名 _____

【記入上の注意事項】

「Cのうち患者からの領収額（d）」の欄には、「患者自己負担相当額（c）」の欄の金額全額を領収した場合にはその額を、高額医療貸付制度や高額療養費の限度額適用の制度を利用した場合には、実際の領収額（一部負担金の額）を記載してください。

肝炎インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療に関する領収額の合計 円
 [患者からの領収額（d）のうち肝炎該当分（A）の総額]

診療 調剤 年月	診療 区分	診療 日数	医療保険 の種類 (自己負担割合)	医療費等内訳 (円)			
				a 総医療費	b 医療保険等負担分	c = a - b 患者自己負担 相当額	d cのうち患者から の領収額
年	入院 通院 調剤	日	(割)	総額			
				うち肝炎該当分			A
月分	入院 通院 調剤	日	(割)	総額			
				うち肝炎該当分			A
年	入院 通院 調剤	日	(割)	総額			
				うち肝炎該当分			A
月分	入院 通院 調剤	日	(割)	総額			
				うち肝炎該当分			A
年	入院 通院 調剤	日	(割)	総額			
				うち肝炎該当分			A
月分	入院 通院 調剤	日	(割)	総額			
				うち肝炎該当分			A

年 月 日

患者について上記の領収済額のとおり領収したことを証します。

所在地

医療機関 名称

代表者

印

(注) 医療機関等証明欄の医療費等内訳については、次のとおり記載願います。

- 「総額」については、肝炎該当分医療費（薬剤費を含む）及び肝炎以外の医療費（薬剤費を含む）の合計額を記入願います。
- 「うち肝炎該当分」については、肝炎該当分の医療費（薬剤費を含む）を記入願います。