

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費証明書

(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】									
肝炎治療特別促進事業による公費請求を行った場合は、肝がん等該当分に含めず、肝炎該当分に記入願います。 償還払額は、原則、高額療養費支給後の患者負担額のうち、肝がん等該当分の診療報酬比率に応じた金額となります。									
診療 年月	入院期間	医療保険 の種類 (自己負担割合)	区分	診療報酬 (点)	実際の医療費等内訳 (円)				
					患者窓口負担額	公費負担額			
年 月	日 ~ 日	(割)	肝がん等 該当分						
			肝炎該当分						
			その他						
			合計						
			肝がん等に係る疾病名 ()						
			DPC 包括算定の有無 (あり ・ なし)						
年 月	日 ~ 日	(割)	肝がん等 該当分						
			肝炎該当分						
			その他						
			合計						
			肝がん等に係る疾病名 ()						
			DPC 包括算定の有無 (あり ・ なし)						
上記のとおり証明します。							年 月 日		
所在地 指定医療機関 名称 代表者			印						

※ 用語の意味

肝がん等：肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業

肝炎：肝炎治療特別促進事業