

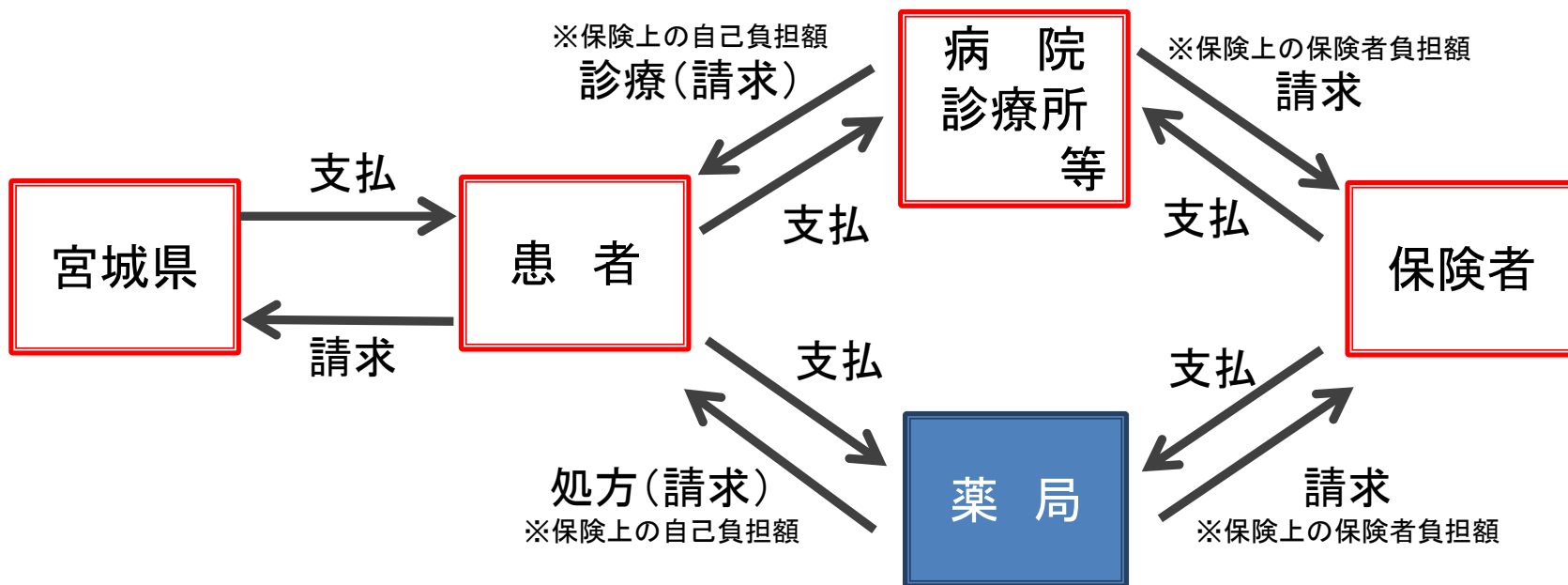
肝炎医療費助成制度における療養費払について

医療費助成事業(38番公費適用額)における支払スキーム

【療養費(償還)払による場合】

自己負担管理票を提示せず受療したときは、

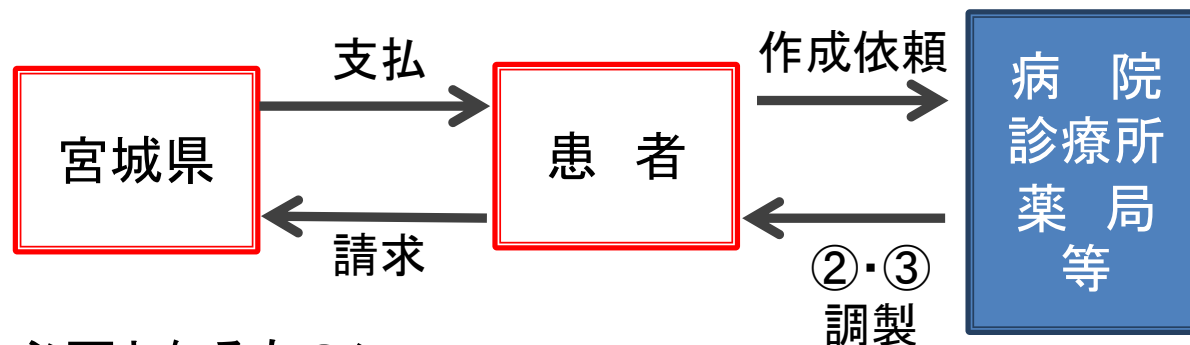
※月額合算の負担額が限度額(1万円又は2万円)を超える場合



療養費(償還)の支払いについて

【療養費が認められる場合】

- (1) 申請をしてから受給者証が交付されるまでの間、支払った場合
- (2) (交付後に)医療機関で受給者証を提出せずに支払った場合
- (3) 対象患者がやむを得ない事情により、受給者証に記載されていない医療機関において医療費を支払った場合
- (4) 限度額の変更申請をしてから新しい受給者証が交付されるまでの間、支払ったためなど知事が必要と認める場合



＜支払に必要なもの＞

- ① 肝炎治療療養費請求書
- ② 肝炎治療療養証明書
- ③ (証明に合致する)領収書
- ④ (該当のある場合)高額療養費に関する証明書

肝炎治療療養証明書について

例) 受給者氏名: 山田 花子

治療種別: インターフェロンフリー治療

薬局等で自己負担管理表を提示せず、助成対象の肝炎治療として平成27年4月(一月)で133,940円(3割負担)をした場合

記載しない

様式第11号(第9条関係) **患者情報を記載**

肝炎治療療養証明書

(インターフェロン治療 ・ 核酸アナログ製剤治療 ・ インターフェロンフリー治療)

受給者氏名 山田 花子 男 女

生年月日 S△△年 △月 △△日生

保険種別 国民健康保険

療養費支払決定欄
(この欄は、宮城県で記載しますので医療機関は記載しないでください。)

診療 調剤 年月	入院 通院 調剤 の別	実日 数	治療 の 区分	療養の給付 (食事療養費を除く。)			入院時 食事療養費		患者負 担分計 C+E
				総医療 費 A=B+C	保険給 付額 B	一部負 担額 C	総食事 療養費 D	標準負 担額 E	
				円	円	円	円	円	
イ 27年 4月分	入院 通院 調剤	2日	総額	552,610	386,830	165,780	0	0	165,780
		2日	上記のうち 肝炎治療	446,450	312,520	a 133,940	/	/	133,940
ロ 年月分	入院 通院 調剤	日	総額	円	円	円	円	円	円
		日	上記のうち 肝炎治療	円	円	b 円	/	/	円
				a+b					a+b
				133,940					円

肝炎治療に係る療養について、上記のとおりであることを証明します

平成27年 5月 6日

医療機関等名称 ○○薬局
所在地 仙台市青葉区×××
代表者名 宮城 太郎 印

	I 高額療養 費	II 一部負担額 (C)	III 自己負担 限度額	IV 支払額 II-I-III
イ	円	円	円	a 円
ロ	円	円	円	b 円
				a+b 円

添付する領収書のうち、助成対象の肝炎治療分と一致

(注) 肝炎治療療養証明書の記載にあたっては、「インターフェロン治療」、「核酸アナログ製剤治療」又は「インターフェロンフリー治療」のいずれかの口にチェックしてください。

記載する
※記載漏れのないよう注意