

大阪府 肝炎 インターフェロン(フリー) 核酸アナログ製剤 治療医療費請求書

受給者	氏名		受給者番号					
	住所							
	受診医療機関 利用保険薬局							
請求者 (受給者も含む)	フリガナ			受給者との続柄				
	氏名							
	フリガナ							
	住所	〒□□□□-□□□□	TEL (- -)					
	送金用振替口座	送金用振込口座の欄には、必ず <u>請求者名義</u> の口座を記入してください。						
銀行名	銀 行 農 協 信 用 金 庫 労 働 金 庫	※	※	※	※	預金種別	1. 普通・総合 2. 当 座	
	支 店	※	※	※	※	口座番号		
口座名義人 (左詰・カナで記入)								
<p>令和 年 月分 から 令和 年 月分 (か月分) の 肝炎 インターフェロン(フリー) 核酸アナログ製剤 治療医療費を下記のとおり請求いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>大阪府知事 様</p>								
※医療費		百万	十万	万	千	百	十	円

■■■ 記入上の注意 ■■■

1. この請求書は有効期間の範囲内で、すでに月額自己負担限度額を超えて、医療費を支払った方のみ提出してください。(今後は受給者証を医療機関の窓口で提示していただくと精算されますので請求していただく必要はありません)
2. 太枠内をかい書で記入してください。
3. ※印の欄は記入不要です。
4. 肝炎インターフェロン(フリー)・核酸アナログ製剤治療医療費証明書(様式8)に医療機関の証明のない場合は医療費の支払いをいたしません。
5. 領収書は証明書の代わりにはなりません。必ず証明書で提出してください。
6. 大阪府内に支店のある銀行、信用金庫、農協、信用組合、労働金庫に振替できます。
7. 治療医療費証明書に係る手数料については請求者が負担してください。