

# 契 約 書

大阪府（以下「甲」という。）と※※※※※※（以下「乙」という。）との間に甲の大阪府  
肝炎治療医療費援助事業実施要綱（以下「要綱」という。）に基づく業務について、次の条  
項により契約を締結する。

（契約医療機関・保険薬局）

第1条 この契約の【契約医療機関 or 保険薬局】は次のとおりとする。

住所 ○○県△△市□□町1丁目1-1

名称 ※※※※※※

（医療の給付）

第2条 要綱に基づき、対象患者が甲の発行した肝炎インターフェロン治療受給者証又は  
肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証を乙に提示し、受療を申し出たときは、乙はこれに  
対し必要な医療を給付するものとする。

（契約期間）

第3条 この契約の期間は○○年○月○日から○○年○月○日までとする。

2 前項の定めにかかわらず、契約期間満了の日までに甲又は乙がこの契約の解除の意思  
表示をしないときは、この契約を契約期間満了の日の翌日から1年間更新するものとし、  
以後もまた同様とする。

（医療費の額）

第4条 乙が第2条の規定のより医療を給付したとき、甲が乙に支払うべき医療費の額は  
要綱第6の規定に基づき算定した額とする。

（医療費の請求方法）

第5条 乙が当該患者の医療を実施した場合、要綱第16の規定に基づき甲に医療費の請  
求を行うものとする。

（医療費の支払）

第6条 甲は、前条の規定に基づき乙から適法な請求を受けたときは、請求省令の定めによ  
り医療費を乙に支払うものとする。

（契約の効力）

第7条 この契約の効力は○○年○月○日から生じるものとする。

（契約事項の疑義）

第8条 この契約に定めのない事項、又はこの契約に関して疑義が生じたときは、要綱の定  
めに基づくほかは甲乙協議の上、これを定めるものとする。

この契約の締結を証するため、本書2通を作成し甲乙記名押印の上、各1通を保有する。

年 月 日

甲 大阪府

代表者名 大阪府知事 □□ □□

乙 所在地 ○○県△△市□□町1丁目1番1号

機 関 名 ※※※※※※

代表者名 代表取締役 ○○ ○○ 印