（この申請書に様式7号の2「療養証明書」（医療機関等による証明）を添付してください。）

埼玉県様式7号

肝炎治療療養費支給申請書

（あて先）
埼玉県知事

年　　月　　日

申請者	郵便番号 及び住所	〒　　－		
	フリガナ			
	氏　名			
	日中の 連絡先電話番号	（　　）	受給者との 続柄	

○ 受給者と申請者が異なる場合は、下記の記入をお願いします。
なお、受給者が未成年で、申請者が保護者の場合には記入は不要です。

私(受給者)は、上記申請者を代理人と定め、肝炎治療療養費の支給申請及び受領の権限を委任します。

年　　月　　日

受給者住所

受給者氏名

年　　月 ～　　年　　月分を下記のとおり申請します。

記

申 請 金 額	円

決 定 金 額	円
※この欄は記入しないでください。	

右の口座に振り込んでください。（**申請者**名義の口座であること）	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義（カタカナ）
			普通 当座		

公費負担者番号	3 8 1 1 6 0 1 8		受給者氏名	
受給者番号	☒		生年月日	年　　月　　日生
受給者証有効期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日			

なお、この申請に関して不明な点がある場合、埼玉県が直接、保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が埼玉県に当該情報を提供することに同意します。

受給者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　被保険者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

↑被保険者が受給者の場合は必要ありません。

＜申請者の方へ＞

1. 医療機関、調剤薬局ごとにそれぞれ療養証明書が必要です。
2. 高額療養費等の対象となる方は、この支給申請前に高額療養費払戻申請手続をとってください。高額療養費等の額が決定した後、この支給申請を行ってください。高額療養費払戻申請の方法については保険者にお問い合わせください。
3. 県では、受け付けた申請書等の内容を審査して公費負担する金額を決定し、申請者が指定した金融機関口座に振り込みます。
4. 支給申請ができるのは、認定された疾患についての保険医療費に限ります。認定された疾患に関わりのない治療や、保険適用外のサービス(差額ベット代など)、診断書等の文書料などは支給の対象になりません。
5. 医療機関等から療養証明書の発行手数料等を請求されることがあります。その発行手数料等は申請者の負担となります。
6. 保険医療費の窓口負担額が自己負担限度額（月額1万円又は2万円）を超えない場合、療養費は支給されませんので御注意ください。
7. **必要書類**　（①～⑤は全員必要です。⑥⑦は該当者のみ必要です。）
   ① 療養証明書（様式7号の2）　②医療機関発行の領収書（原則として原本）
   ③ 肝炎治療受給者証の写し　④健康保険証の写し　⑤振込口座の通帳見開き部分の写し
   ⑥ 限度額適用・標準負担額減額認定証の写し　⑦保険者・市町村からの医療費(高額療養費)の通知の写し