

肝 炎 治 療 費 支 払 証 明 書

受給者氏名			公費負担者番号	3	8	3	5	6	0	1	0
			受給者番号								
受給者証の有効期間	年 月 日 ~		年 月 日								
診療年月 (レセプト単位で記入)	区分	診療科	窓口での患者負担総額 (高額療養費の適用があれば適用後の額) A	うち、インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療に係る患者負担額 (高額療養費の適用があれば適用後の額) B							
年 月分	入院		円	円							
	外来		円	円							
	保険調剤 (薬局)		円	円							
年 月分	入院		円	円							
	外来		円	円							
	保険調剤 (薬局)		円	円							
年 月分	入院		円	円							
	外来		円	円							
	保険調剤 (薬局)		円	円							
年 月 日 上記のとおり肝炎治療費として相違ありません。 医療機関 (薬局) 名 所 在 地 代 表 者 名 記入者氏名 電話 (-) 内線 ()											

- 太枠内は、医療機関・薬局等ですべて記載してください。
証明の際は、肝炎治療受給者証の提示を受け、山口県から医療費の助成が受けられる者であることを確認してください。
- 本事業の助成対象医療は、B型又はC型肝炎に対するインターフェロン治療等、B型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療で、保険適用となっているものです。(インターフェロンの少量長期投与、肝底護剤による治療は対象外です。)
- 肝炎診療、インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療、核酸アナログ製剤治療に関わる検査、入院料等は対象となります。
- インターフェロン治療等による副作用に対する治療については、インターフェロン治療等の中断を防止するために併用して行う治療のみ対象となります。
- 次に該当する場合は、対象となりませんので、B欄には含めないでください。
 - 入院時食事・生活療養費
 - インターフェロン等を中断して行う副作用の治療
 - 医療保険が適用されないもの
 - 肝炎治療受給者証の有効期間から外れるもの。
 - 既に山口県に医療費助成額を請求しているもの。
 - 他法、他制度による助成等を受けているもの。