

(別 紙)

### 肝炎治療費証明書

受給者氏名			受給者番号		
自己負担限度額	円				
疾患名	1 慢性肝炎（B型肝炎ウイルスによる） 2 慢性肝炎（C型肝炎ウイルスによる） 3 代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる） 4 代償性肝硬変（B型肝炎ウイルスによる） 5 非代償性肝硬変（B型肝炎ウイルスによる） 6 非代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる）	保険種別	1 協会 2 組合 3 船員 4 共済 5 国保 6 後期高齢者	続柄	1 本人 2 家族
診療年月	診療実日数	保険診療総点数	社会保険等負担額	患者支払済額 (保険適用分のみ)	
年 月	入院 日	点	円	円	
	通院 日	点	円	円	
	薬剤一部負担金	点	円	円	
	調剤薬局 日	点	円	円	
	合計	点	円	円	
年 月	入院 日	点	円	円	
	通院 日	点	円	円	
	薬剤一部負担金	点	円	円	
	調剤薬局 日	点	円	円	
	合計	点	円	円	
領収金額					
金 _____ 円					
上記のとおり証明します。					
医療機関 住所 名称 代表者					

注 保険医療機関等の発行した領収書に保険点数の記載がない場合、または、インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療または核酸アナログ治療の対象医療にかかる医療費が不明の場合は、上記証明書を添付してください。