（様式第 14 号）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書

年　　月　　日

岡　山　県　知　事　　殿

請求者（参加者）　住所　〒

氏名　　㊞

電話番号　（　　）　　－

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費を下記のとおり請求します。
支払金額は次の口座に振り込んでください。
この請求に当たり必要があるときは、私（請求者）又は家族の医療保険上の所得区分（適用区分）及び高額療養費に関する情報につき、岡山県が私の加入する医療保険者に報告を求め、提供を受けることについて同意します。（同意しない場合のみチェック→□同意しない）

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="6"></td><td>公費負担者番号</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">参加者氏名</td><td colspan="6" rowspan="2"></td><td>公費負担医療の受給者番号</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">振込口座
（請求者）</td><td colspan="6">（金融機関名）</td><td>支店
出張所</td><td colspan="3">支店コード</td><td colspan="4">種別
普　通・当　座</td></tr>
<tr><td rowspan="2">口座
番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>ふ　り　が　な</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>口　座　名　義</td><td colspan="7"></td></tr>
</table>

※提出にあたっての注意事項
1．本請求書とともに、下記の書類を添付の上、手続きを進めてください。
　①　請求者（参加者）の限度額適用区分を確認することができるもの（マイナポータルからアクセスできる医療保険の「限度額適用認定証関連の情報」の画面のほか、限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証（以下「限度額適用認定証等」という。）の写し、限度額適用認定証等の適用区分が記載されている資格確認書の写し等）
　②　請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の写し
　③　請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の写し
　④　当該月において受診した全ての医療機関及び保険薬局が発行した領収書、診療明細書及び調剤明細書
　⑤　核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付を受けている場合は、助成対象となる医療を受けようとする月以前の２４月以内の「肝炎治療自己負担額月額管理票」の写し
　⑥　その他（岡山県知事が必要と認める書類）
2．請求者（参加者）の押印欄に押印してください。
3．振込口座については、請求者（参加者）の名義の口座を記載してください。

（岡山県記入欄）

決定額	百万	十万	万	千	百	十	円