様式１－２

肝炎治療（※）医療費証明書（　　年　　月分）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

※インターフェロン治療 ・ 核酸アナログ製剤治療 ・ インターフェロンフリー治療

受給者番号		有効期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日

○医療機関

＜入院＞	医療費総額（A）	医療費保険者負担額（B）	医療費自己負担額
総　計			
上記のうち肝炎治療（※）及びそれに付随するもの		（A）×0.7, 0.8. 0.9	（A）－（B）

＜通院＞	医療費総額（A）	医療費保険者負担額（B）	医療費自己負担額
総　計			
上記のうち肝炎治療（※）及びそれに付随するもの		（A）×0.7, 0.8. 0.9	（A）－（B）

☆該当がある場合のみ記入

「肝炎治療（※）及びそれに付随するもの」で公費分として診療報酬請求したもの			

○薬局　肝炎治療に関連する処方せんを交付した医療機関名（　　）

＜薬剤料＞	薬剤料総額（A）	薬剤料保険者負担額（B）	薬剤料自己負担額
総　計			
上記のうち肝炎治療（※）及びそれに付随するもの		（A）×0.7, 0.8. 0.9	（A）－（B）

☆該当がある場合のみ記入

「肝炎治療（※）及びそれに付随するもの」で公費分として診療報酬請求したもの			

この証明書は、インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療・インターフェロンフリー治療に係る医療費の償還払の金額を計算するためのものです。したがって、太線の枠内は、肝炎治療特別促進事業（公費負担者番号「38446019」）に係る公費分として診療（調剤）報酬請求していないもの（＝一般分として診療（調剤）報酬請求したもの）を記入してください。

○記載にあたっての注意事項

（1）　この証明書は、**月別に作成**してください。

（2）　**「総計」欄**は肝炎治療以外の**一般医療を含む医療費総額（保険適用があるものに限ります。）**を、**「上記のうち肝炎治療及びそれに付随するもの」欄は**インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療・インターフェロンフリー治療及びそれに付随するもので**肝炎治療特別促進事業（公費負担者番号「38446019」）に係る公費として診療（調剤）報酬請求していないもの**を記入してください。

上記のとおり、肝炎治療医療費を受領したことを証明します。

令和　　年　　月　　日

所　　在　　地

医療機関又は薬局の名称

代表者の職・氏名