

医療記録票 (申請者作成)

私は下に記載するとおり、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業における対象医療を受けたので、関係書類を添えてその旨を申出ます。

申請者氏名

※申請者が太枠の中を記入

医療機関等名称				指定医療機関
				指定医療機関以外
氏名	生年 月日	年 月 日	性別	
加入医療保険等				
被保険者氏名			患者との続柄	
保険種別 (○をつける)	協会・組合・共済・国保・後期高齢		記号番号	
被保険者証 発行機関	名称			負担割合 (○をつける)
	所在地			3割・2割・1割
				自己負担限度額
				円
限度額適用認定証	あり・なし	適用区分		
添付書類 <input type="checkbox"/> 領収書 (原則として原本に限る) <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書				
医療内容等：添付資料のとおり				

【備考】

○申請者の方へお願い

- ・この医療記録票は、ご自身で太枠内を御記入ください。
- ・添付書類は肝がん・重度肝硬変の入院診療及び肝がんの分子標的薬、肝動注化学療法にかかる外来診療 (薬局を含む) 分が対象となります。受診日が複数の月に渡る場合でも、この医療記録票は保健医療機関又は保険薬局ごとの作成でご提出いただけます。
- ・新規申請、更新申請、償還払請求の添付書類である「医療記録票」として使用できます。ただし、保険医療機関等が作成した医療記録票の写しがある場合は本書の作成は不要です。

○保険医療機関・保険薬局の方へお願い

- ・患者の方から依頼がありましたら、診療報酬明細書の交付をお願いいたします。
- ・医療記録票が交付済の場合は、本書の作成は不要です。

ご不明な点は、埼玉県疾病対策課 (048-830-3598) までお願いします。