

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療証明書
(指定医療機関以外の保険医療機関・保険薬局用)

私は、下記のとおり、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業における指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局でウイルス肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けたので、関係資料を添えてその旨を証明します。

氏名		生年 月日	年	月	日		
住所							
保険者 番号		保険 種別					
被保険者証の 記号・番号							
入院年月日	年	月	日から	年	月	日まで	
通院年月日	年	月	日	調剤年月日	年	月	日
医療機関等名							
医療内容等	関係資料のとおり(領収書、診療明細書等)						

【患者様へのお願い】

本証明書は、指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局を受診等し、ウイルス肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けた場合で、当該保険医療機関又は保険薬局が肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票に記載しない場合に、医療記録票の代わりになるものです。

当該保険医療機関又は保険薬局を受診等し、関係医療を受けたことを確認できる書類(領収書、診療明細書等)の写しを添付し、指定医療機関又は保険薬局を受診等する場合や償還払いの請求を行う場合に、医療記録票と併せて、指定医療機関、保険薬局又は東京都に提出してください。

医療記録票に記載しない保険医療機関又は保険薬局を受診等するたびに、本証明書を作成してください。

当該保険医療機関又は保険薬局に下記の「保険医療機関又は保険薬局記入欄」に必要事項を記入していただいた上で、指定医療機関、保険薬局又は東京都に本証明書を提出してください。

本証明書の内容について、東京都から当該保険医療機関又は保険薬局へ問合せをする場合がありますので、御了承ください。

【保険医療機関又は保険薬局へのお願い】

本証明書は、指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局を受診等し、ウイルス肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けた場合で、当該保険医療機関又は保険薬局が肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票に記載しない場合に、医療記録票の代わりに患者様に提出していただくものです。

患者様から本証明書が提示されましたら、関係医療費担当の方の連絡先について下欄に必要事項を記入してください。

《保険医療機関又は保険薬局記入欄》

医療機関名 又は薬局名	
関係医療費 担当部署	
関係医療費 担当者	
直通電話	

