（様式第 9-2）

肝炎治療費証明書

受給者番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　申請者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診療年月	医療費			保険調剤		
	日数	総点数	自己負担	日数	総点数	自己負担
		点	円		点	円
計						

上記は肝炎治療費助成事業に係る費用と相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

医療機関・薬局　所　在　地

名　　称

代表者氏名　　印