

先天性血液凝固因子障害等医療費給付請求書

受給者番号

受給者氏名

請求金額 円

先天性血液凝固因子障害等医療費を上記のとおり請求します。

年 月 日

(〒 -)

請求者 住所
氏名

保健所長 殿

受給者との続柄()

受領方法
(請求者本人)

口座振込

銀行名

銀行・金庫
信用組合・農協

店
所

ふりがな

預金種別

普通・当座

口座番号

口座
名義人

銀行窓口での受領

銀行

支店

先天性血液凝固因子障害等医療費証明書(医療機関記入欄)

保健所記入欄

加入医療保険種別
(区分)

国保・国退・健保・共済・後期高齢者・
介護・その他()
(本人・家族・高齢)
(1割・2割・3割)

加入医療保険証の発行機関
()

診療年月	区分	医療等に係る費用	患者窓口支払額A (円)	診療日(回)数 (日・回)	高額療養費 受給額 B (円)	受給者 自己負担額 C (円)	公費負担額 A-B-C (円)
年 月分 (日 から) ※新規の 場合は日 付を記入	入院	点		日			
	食事療養費又は生活療養費の額※	/		(回)	/		
	入院外	点		日			
	訪問看護	円		日			
年 月分	入院	点		日			
	食事療養費又は生活療養費の額※	/		(回)	/		
	入院外	点		日			
	訪問看護	円		日			

先天性血液凝固因子障害等の医療等に係る費用、患者窓口支払額及び診療日(回)数は、上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

代表者氏名

印

- (注) 1 医療等に係る費用は、先天性血液凝固因子障害等の医療等と関連のない費用は含めないでください。
- 2 院外処方せんによる薬局の調剤分については、薬局の証明を受け処方せんの写を添付してください。
- 3 ※欄は、診療日数及び()内に食事回数を記載してください。
- 4 加入医療保険が変更になった場合は、請求書は別紙としてください。

(この欄は受領委任する場合のみ記入して下さい。)

委 任 状

私は、当該先天性血液凝固因子障害等医療費の請求に係る受領を次の者に委任します。

委任先 (〒 -)
(受領者) 住所

氏名

年 月 日

委任者 (〒 -)
(請求者) 住所

氏名

印

受領方法 (受領者本人)	口座 振込	銀行名	銀行・金庫 店		口座 名義人	ふりがな
		預金種別	信用組合・農協	所		
		普通・当座	口座番号			
	銀行の窓口での受領		銀行		支店	