

年 月 日

岩手県知事

様

(〒) (電話)

請求者 住 所

(ふりがな)
氏 名

受給者との続柄

先天性血液凝固因子障害等療養費請求書

先天性血液凝固因子障害等療養費について次のとおり請求します。

請求額 _____ 円

| | | | |
|-------|-------|-------|----------|
| 1. 振込 | 金融機関名 | 口座番号 | 名義 (請求者) |
| 2. 送金 | 銀行 店 | 普通 当座 | |

| | | | | | | | |
|-------|----|------|-------|---------------|----|------|-------|
| 受給者番号 | | | | 受給者氏名 | | | |
| 入院・通院 | | | | 入院時食事療養費標準負担額 | | | |
| 診療年月 | 日数 | 診療点数 | 自己負担額 | 診療年月 | 日数 | 食事金額 | 標準負担額 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 計 | | | | 計 | | | |

- (注) 1. 請求に係る領収書と診療報酬明細書(写)を必ず添付すること。診療報酬明細書を添付できない場合は、次により証明してもらうこと。
 2. 入院室料や診断書料などは請求の対象とならないこと。
 3. 高額療養費制度を適用される場合の請求できる額は自己負担限度額であること。
 4. やむを得ない事由により受給者以外の者が請求する場合は、委任状を添付すること。

証明

上記は、先天性血液凝固因子障害等により治療したための内容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

年 月 日

岩手県知事

様

(〒) (電話)

請求者 住 所

(ふりがな)
氏 名

受給者との続柄

先天性血液凝固因子障害等療養費請求書 (先進医療分)

先天性血液凝固因子障害等療養費について次のとおり請求します。

請求額 _____ 円

| | | | |
|-------|-------|-------|----------|
| 1. 振込 | 金融機関名 | 口座番号 | 名義 (請求者) |
| 2. 送金 | 銀行 店 | 普通 当座 | |

| | | | |
|-------|--|------------|--|
| 受給者番号 | | 受給者 氏 名 | |
|-------|--|------------|--|

(注) やむを得ない事由により受給者以外の者が請求する場合は、委任状を添付すること。

(医療機関記入欄)

| | |
|-------------|--------|
| 実施した先進医療の名称 | 実施年月日 |
| 医療機関名 | |
| 所 在 地 | 代表者 氏名 |

※添付書類

- ・ 上記医療機関が発行した領収証 (本請求に係る先進医療分) の写し