

先天性血液凝固因子障害等医療費請求書

年 月診療分

| | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者番号 | | | | | | | |
| 対象患者氏名 | | | | | | | |

請求額 _____ 円

| | |
|-----|---------|
| 区 分 | 患者自己負担額 |
| 入 院 | _____ 円 |
| 入院外 | _____ |
| 計 | _____ |

| 受領方法 (口座振替) | 銀行等名及び店名 | 預金 種別 | 口座番号 | 口座名義人 (請求者) |
|----------------|------------------|----------|------|-------------|
| | 銀行・信金 農協・労金 店 | 普通 当座 | | |

先天性血液凝固因子障害等の医療費として上記のとおり請求します。

年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

(郵便番号 _____)

住 所 _____

請求者 フリガナ _____
氏 名 _____
(受給者との続柄) (電話番号)

先天性血液凝固因子障害等医療費証明書

年 月診療分

| 医療保険 | | 区 分 | 内 容 | 社会保険診療報酬請求 明細書による 総 医 療 費 | 社会保険等 負 担 額 | 患者自己 負 担 額 |
|------|----------|-----|--------|---------------------------------|----------------|---------------|
| 種別 | 給付 割合 | | | | | |
| | | 入院 | 入院医療費 | _____ 円 | _____ 円 | _____ 円 |
| | | | 食事負担額 | — | — | |
| | | 入院外 | 入院外医療費 | | | |

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 日 日 所 在 地 _____

医療機関・薬局 名 称 _____

代表者氏名 _____

(電 話 番 号)

- (注) 1 診療月ごとに作成してください。
- 2 請求者は、対象患者本人又は保護者若しくは代理人としてください。
- 3 振替口座は、請求者名義のものとしてください。