

様式第7号（要綱第12関係）

先天性血液凝固因子障害等療養費請求書

金額 _____ 円也

平成 年 月分を上記のとおり請求します。

受給者番号		受給者氏名	
-------	--	-------	--

平成 年 月 日

請求者 住 所

氏 名

印

(受給者との続柄；

)

福 島 県 知 事

支払方法	口座振替		
	銀行	支店	口座名義人
普通口座	口座番号		フリガナ 氏名

- ・口座名義人が請求者と異なっている場合は委任状が必要です。
- ・領収証の原本または写しが必要です。
- ・通帳の写しが必要です。

【医療機関証明欄】

総医療費 (総介護給付費)	円	医療保険 等負担分	円	患者 負担分	円
保険等 の種別	健康保険（協会けんぽ・組合、 船員）、共済、国保（市町村・ 組合）、後期高齢	保険負担 割合	割	入院・通院の別	入院・通院
介護サービスの別	訪問看護・訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導・介護療養施設サービス 介護予防訪問看護・介護予防訪問リハビリテーション・介護予防居宅療養管理指導				
先天性血液凝固因子障害等に係る医療を上記のとおり実施したことを証明する。 (平成 年 月 分) _____ 平成 年 月 日					
所在地 _____					
医療機関 名称 _____					
代表者 氏名 _____ 印					