

先天性血液凝固因子障害等療養費請求書（先進医療分）

金額 円也

上記のとおり請求します。

受給者番号		受給者氏名	
-------	--	-------	--

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		ツガナ 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（本請求に係る先進医療分）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	円	先進医療分	円	患者負担分	円
実施した先進医療の名称			実施年月日		
先天性血液凝固因子障害等に係る医療（先進医療分）を上記のとおり実施したことを証明する。					
年 月 日					
所 在 地					
医 療 機 関 名 称					
代 表 者 氏 名					
印					