

先天性血液凝固因子障害等医療費交付申請書

年 月 日

岐阜県知事 様

年 月分を下記のとおり交付申請します。

申請者	住所	〒					
	氏名					対象患者との関係	対象患者の <input type="checkbox"/> 本人
	電話番号	()					
対象患者	受給者番号					有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒				
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
	加入保険*	社保 ・ 国保 ・ 後期					
交付申請額	円						
振込口座	銀行・信金・信組・農協						本・支店
	当座・普通	口座番号					
	フリガナ						
	口座名義						

【医療機関証明欄】							
診療月	年 月						
種別	日 数	診療報酬明細書による点数 A	自己負担割合 B	保険診療分自己負担金 C=A×10×B	食事療養費標準負担額 D	患者自己負担金合計 C+D	※支払確定額
入院	入院日数 日	点	3割	円	円	円	円
通院	診療日数 日	点	2割 1割	円		円	円
上記のとおり証明します。							合計額
年 月 日							円
医療機関所在地			_____				保健所受理印
名 称			_____				
代 表 者			_____				
医療機関コード			_____				
担当者氏名			電話番号 () - _____				
注) 先天性血液凝固因子障害に係る医療費についてのみ記載してください。 受給者証の有効期間を確認し、有効期間外の診療分については算定しないでください。							

注) 1 下段は、医療機関で証明を受けてください。 2 ※欄は記入しないでください。
3 当該医療に要した費用の額を証する書類(領収書)を添付して住所地を管轄する保健所に提出してください。