

遷延性意識障がい者療養費請求書

遷延性意識障がい治療にかかる医療費を下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

福島県知事

c 患者負担額	d 高額療養費	c-d 差引公費請求額
円	円	円

対象患者	氏名	有効期間	平成 年 月 日 から				
	承認番号		平成 年 月 日 まで				
請求者	フリガナ	※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※					
	氏名	(印)					
	住所	電話番号 ()					患者との続柄

支払方法	口座振替								
金融機関コード※					-				フリガナ
銀行				支店				口座名義人 (請求者に同じ)	
普通・当座	口座番号								

※欄の記入は不要です

医療機関証明欄

領収済額合計（患者負担額 c ）					円		
診療月	医療	介護	受療日数	医療保険種別	医療費等内訳（円）		
					A 総医療費または 総介護給付費	B 医療保険等 負担分	A-B 請求額
月分	入院 通院 往診 訪看 薬剤	訪看 リハ 居宅 施設		国保 社保 後高 (割)			
月分	入院 通院 往診 訪看 薬剤	訪看 リハ 居宅 施設		国保 社保 後高 (割)			
月分	入院 通院 往診 訪看 薬剤	訪看 リハ 居宅 施設		国保 社保 後高 (割)			

平成 年 月 日

上記患者について上記の領収済額のとおり領収したことを証します。

所在地
医療機関 名称
代表者

印

医療機関等の領収書写しを添付してください。また、口座振込は通帳表紙の写しが必要です。

医療機関証明の際に診療報酬明細書（介護給付費明細書）の写しを添付してください。