

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 | | | | | |