

(様式第4-1号)

先天性血液凝固因子障害等療養費請求書

年 月 日

岡山県知事 殿

| | | | |
|----------------------------|------|----------------------------|-------|
| 保 険 等 の 種 別 | 1.協管 | 保 険 負 担 割 合 | 1.9割 |
| | 2.組合 | | 2.8割 |
| | 3.共済 | | 3.7割 |
| | 4.国保 | | 4.その他 |
| | 5.後期 | | (割) |

(請求者)

住 所

氏 名

下記のとおり請求します。なお、支払金額は下記振込口座にお振り込みください。

請求額

[Empty box for request amount]

円

ただし、(続柄)※ (氏名)※ に係る経費として

| | | | | | |
|------------|------------------|-------|----------|-------------|--|
| 振込先 口 座 | 銀行 信用金庫 農協 | | 支店 支所 | フリガナ 名義人 | |
| | 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | | |

| 診療報酬領収証明書 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|------------|-----|--------------|---|---|---|-------------|---|---|--------------|--|---|---|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 | | 5 | 1 | 3 | 3 | 7 | 0 | 1 | 2 | 受給者番号 | | 9 | 9 | | | | |
| 診療年月 | 入 院 外来別 | 実日数 | 保険診療等総額 Ⓐ | | | | 保険等負担分 Ⓑ | | | 自己負担額 Ⓐ-Ⓑ | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

年 月 日

医療機関の名称

所在地

代表者氏名

- (注) 1. 認定患者本人が請求する場合は、※欄を記入する必要はありません。
 2. 「診療報酬領収証明書」欄は、医療機関で証明してもらってください。
 3. 請求者が代理人(保護者を除く)場合は、委任状を添付してください。