

(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

(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先口座にお振り込みください。

請求額

--

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	
保険種別	1.協会 5.国保	2.組合 6.後期	3.船員 7.介護	4.共済	保険負担割合				1.9割	2.8割	3.7割	4.その他(割)
診療年月	入 院 外来別	実日数	保険診療等総額 ①			保険等負担分 ②			自己負担額 ①-②			
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。)の場合は、委任状を添付してください。