

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業費請求書(受給者請求用)

年 月 日

愛知県知事殿

請求者 { フリガナ氏名, フリガナ住所, 電話番号 }

受給者との続柄

受給者氏名

受給者番号

下記のとおり請求します。

(請求者の名義の口座)

※ 請求金額 円

銀行(金庫) 普通・当座 口座番号 支店

(医療機関・調剤薬局証明欄)

Table with columns: 特定疾病の認定, 有・無, 診療年月, 診療科名, 区分, 診療日数, 診療(調剤)報酬明細書による点数(月計), 食事(生活)療養費標準負担額, 自己負担割合, 付加給付額, ※支払確定額内訳. Includes a note section at the bottom.

注 1 太線で囲った部分は、医療機関または調剤薬局で証明を受けてください。
注 2 ※欄は、記入しないでください。
注 3 振込口座の名義人は、請求者と同じにしてください。
注 4 自己負担が、高額療養費制度の自己負担限度額を超えた場合、その超えた額については保険者に高額療養費の請求をおこなってください。
なお、医療保険各法等による特定疾病の認定を受けているときは、県から給付する額は月最高10,000円です。