

先天性血液凝固因子障害等療養費請求書

年 月 日

熊本県知事 様

請求者 住 所
氏 名
電話番号

年 月分の療養費を下記のとおり請求します。

金 円也

振込口座 金融機関名	銀行・農協 信用組合 信用金庫		本店 支店・支所 出張所
口座の種別	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義	フリガナ		

※領収証を添付してください。

【医療機関記入欄】

受給者証番号			氏 名		
社会保険診療報酬 請求明細書による 総 医 療 費	円	社会保険等負担分	円	患者負担額	円
保険等 の種別	1. 政府 2. 組合 3. 船員 4. 共済 5. 国保 (6. 後 7. 介護)	保険負担 割 合	1. 9割 2. 8割 3. 7割 4. その他	※ 決定額	円
所 在 地					
医療機関名	代表者 氏 名				

※決定額の欄は、記入しないでください。

※【医療機関記入欄】について、押印省略の場合には、必ず記載してください。

書類記入責任者		電話番号	
担 当 者		電話番号	