

先天性血液凝固因子障害等医療費交付申請書

(先進医療)

年 月 日

岐阜県知事 様

下記のとおり交付申請します。

申請者	住所	〒											
	氏名											対象患者	対象患者の
	電話番号	()										との関係	<input type="checkbox"/> 本人
対象患者	受給者番号								有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒										
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ											
交付申請額		円											
振込口座	銀行・信金・信組・農協										本・支店		
	当座・普通	口座番号											
	フリガナ												
	口座名義												

【医療機関証明欄】				
実施した先進医療の名称	実施年月日			
上記のとおり証明します。				
年 月 日				
医療機関所在地	_____			
名称	_____			
代表者	_____			
医療機関コード	_____			
担当者氏名	_____			
電話番号	() - _____			
注) 先天性血液凝固因子障害に係る医療費についてのみ記載してください。				
受給者証の有効期間を確認し、有効期間外の診療分については算定しないでください。				
<table border="1"> <tr> <td>※支払確定額</td> </tr> <tr> <td>円</td> </tr> <tr> <td>保健所受理印</td> </tr> </table>		※支払確定額	円	保健所受理印
※支払確定額				
円				
保健所受理印				

注) 1 下段は、医療機関で証明を受けてください。 2 ※欄は記入しないでください。
 3 当該医療に要した費用の額を証する書類(領収書の写し)を添付して住所地を管轄する保健所に提出してください。