様式第８号（第１９条関係）

先天性血液凝固因子障害等治療費請求書

 　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　殿

 住所

自著する場合は押印を省略することができます。

 （ 申 請 者 ） 氏名 　　　印

 受給者との続柄（　　　　　）

 　　　　　　　　電話番号　（　　　 ）　　 －

　福岡県先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱第１９条の規定により、　　　　年　　月分治療費を下記のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |   |  ５ |  １ |  ４ |  ０ |  ７ |  ０ |  １ |  ３ |   |  ９ |  ９ |  |  |  |  |  |
|   受     給   者  | 氏　　　名 |  | 職　　業 |  |
|  | 明・大・昭・平・　 　年 　　月 　　日 | 性　　別 | 男 　 ・ 　 女 |
|   住　　　 所  |   |
|    |   　　 年 月 日から　　 　年　３ 月３１日まで |
|  治療費を支払った  |  |
|  希望する 支払方法 |  １　口座振替（別紙口座振替依頼書にて指定した口座）　 |
|  ２　送金（金融機関で受け取り） 　 ［指定金融機関　　　 　銀行　 　　　本・支店］ |
|      |  　　 　　 年 　　月分　 　 請求額　　 　 　　　円 |  入院 　・ 　外来 |
|  診療期間 |  　　　 　年 　　月 　　日　　～ 　　月 　　日 （診療実日数　 日間） |
|  総医療費の額 円 |  他法および保険者負担額 　円  |
|  円 |   |  協・組・船・共・国・後・介 |
|  上記のとおり診療したことを証明します。 　　　　 　　　　　年　　　月　　　日  指定医療機関長名 印  |
|  | （保健福祉環境事務所収受印） |
| 注意事項　１　本請求書は、入院・外来別、診療月ごとに記入してください。 ２　医療機関発行の領収書（高額の場合は写し）を添付してください。 ３　口座振替の場合は、県指定の口座振替願を添付してください。 ４　送金払ができる金融機関は、以下のとおりです。 福岡銀行・西日本シティ銀行・福岡中央銀行・筑邦銀行 の各本店・支店および福岡県信用農業協同組合連合会・ 福岡県内各農業協同組合の本所・支所 （出張所、代理店は不可。） |