

青 森 県 知 事 殿

〒
住 所
請求者
(ふりがな)
氏 名

受給者との続柄

電話番号(日中の連絡先)

先天性血液凝固因子障害等療養費請求書

先天性血液凝固因子障害等療養費について、下記のとおり請求します。

請求額 円 (年 月分)

受給者番号								受給者氏名	
-------	--	--	--	--	--	--	--	-------	--

※受給者証の写しを添付してください。

下記の口座に振り込んでください。(下記の振込口座の通帳の写しを添付すること。ただし、金融機関名及び支店名、口座番号、口座名義人が記載された部分のみ。)

口座名義（請求者名義）※カタカナで記入											
金 融 機 関 名			本・支店名		種 別		口 座 番 号				
銀行・信金・信組			店		1 普通						
農協・漁協					2 当座						

§ 請求理由(該当する番号を○で囲んでください。)

- 1 申請中(新規・更新)で受給者証が交付されるまでに医療費を支払ったため
2 受給者証を提示せずに受診したため
3 その他(理由:)

医療機関等の証明書				県記入欄	
先天性血液凝固因子障害等療養費に関して 医療機関窓口で領収した額				療養費支払額決定欄	
内 訳		総医療費・介護 給付額(円)	患者窓口 支払額(円)	高額療養費等 給付額(円)	支払決定額 (円)
入 院	月 日～ 日 (日)				
	食事療養費 (日)				
入 院 外	月 日 ～ 日 (日)	医療費・ 利用料			
		調剤薬局			
合計(日)					
上記金額は、先天性血液凝固因子障害等の医療費・介護給付の内容であることを証明します。 年 月 日				新規承認日 ・ ・ ～	
医療機関等 所在地 名称 代表者氏名				裏面の注意事項をご覧ください。	

(注) 1 高額療養費に該当する場合は、保険者の支給決定通知書の写しを添付すること。
2 受給者以外の者が請求する場合は、委任状(第8号様式)を添付すること。

(裏面)

【先天性血液凝固因子障害等療養費を請求する方へ】

- 1 表面の太枠部分について、先天性血液凝固因子障害等治療研究事業に係る医療費等を医療機関等から証明してもらってください。
- 2 高額療養費の付加給付が支給されている場合は支給決定書の写しを添付してください。
- 3 原則として診療月ごとにまとめて請求してください。ただし、同一月に複数の医療機関等を受診している場合は、請求書は別葉となります。
- 4 入院の場合は、入院医療費と入院時食事療養費と一緒に請求してください。

【医療機関等へのお願い】

※総医療費、介護給付費、患者窓口支払額は、先天性血液凝固因子障害等にかかる金額のみ記載してください。

- 1 この請求書の証明欄は、先天性血液凝固因子障害等の治療を受けた患者が医療機関の窓口で支払った療養費を支給するために必要な事項について、医療機関等からの証明をお願いします。

下記の場合は、対象外となりますのでご注意ください。

① 保険給付の対象とならないもの

② 先天性血液凝固因子障害等以外の治療

③ 先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の有効期間以外における治療等

- 2 記載する際は、診療月ごと、入院・入院外ごとに証明してください。
- 3 訪問看護ステーション基本利用料は、入院外の医療費・利用料の欄に記載してください。
- 4 調剤薬局における保険調剤は、入院外の調剤薬局欄に記載してください。
- 5 介護保険の介護療養施設サービス費は、入院の欄に記載してください。

また、居宅療養管理指導費、訪問リハビリテーション費及び訪問看護費については入院外の医療費・利用料の欄に単位数及び金額を記載し、調剤薬局の欄に行ったサービス名を記載してください。

なお、医療保険の入院と介護保険の介護療養施設サービスを同一月に行った場合は、入院の欄の上段に医療保険分、下段に介護保険分を記入（2段書き）してください。

- 6 当事業の対象療養に係る高額療養費の自己負担限度額については、入院療養に限り多数回該当が適用となる場合があります。

当該事業における入院療養について、個人単位、医療機関単位で多数回該当の適用の有無について確認した上で診療報酬の請求をしてください。

- 7 **高額療養費がある場合は、下記について必ず記入してください。**

高額療養費限度額適用認定証の提出について	あり ・ なし
----------------------	---------