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。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |