

様式3

## 先天性血液凝固因子障害等療養費請求書

平成 年 月 日  
請求者 住 所  
氏 名

殿

請求金額 金 円(平成 年 月分)

受給者証番号		患者氏名		請求者との 続 柄	
--------	--	------	--	--------------	--

(1)

社会保険診療報酬 請求明細書による 総 医 療 費	点	社会保険等負担分	点	患者負担分	点
保険等 の種別	1.政府 2.組合 3.船員 4.共済 5.国保 (6.老人 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 (2)	円
医療機関名		代表者 氏 名 印			
所在地					

(注) (1) 医療機関記入欄  
(2) 記入しないこと

右の口座に振り込んで下さい。	振込	銀行	支店
	口座	普通	当座