

千葉県先天性血液凝固因子障害等療養費申請書

千葉県知事

様

年 月 日

受給者氏名		受給者番号	
健康保険組合等名		生年月日	年 月 日
健康保険組合等からの附加給付	有	有効期間	年 月 日～
	無		年 月 日
有 → 自己負担限度額 円 円未満不支給 円未満切り捨て			

決定金額	(この欄は記入しないでください)
	円

診療年月	保 険 対 象 分			患者の食事(生活)療養標準負担額・・・C	公費負担額 (この欄は記入しないでください)
	上記有効期間内の対象疾患に係る保険診療総額・・・A		Aのうち、患者負担額・・・B		
年 月	外来	日間	円	円	円
	入院	日間	円	円	円
年 月	外来	日間	円	円	円
	入院	日間	円	円	円
年 月	外来	日間	円	円	円
	入院	日間	円	円	円

上記のとおり証明する。

年 月 日

医療機関(薬局)名
所在地
代表者氏名 (印)

この申請に関して、必要に応じて千葉県が健康保険組合等に対して照会すること、及び千葉県が健康保険組合等から照会を受けた際に千葉県が回答することについて同意します。

振込先	金融機関名	銀行 支店
	口座番号	普通・当座 No.
	フリガナ	
	氏名	

申請者	住所	〒
	氏名	
	電話番号	
	患者との続柄	

1. 太枠内(証明欄)は医療機関(又は薬局)が記入してください。
2. 証明欄の訂正は、証明者の訂正印によるもの以外は一切認められません。
3. 振込口座の名義人と申請者は、必ず同一人物にしてください。
4. 領収書等の支払内容がわかる書類がないものは一切認められません。

【 申請時に必要な添付書類 】

1. 領収書等の支払内容がわかる書類 (申請月のもの全て)
2. 先天性血液凝固因子障害等受給者証の写し
3. 健康保険証の写し
4. 特定疾病療養受療証の写し(交付されている方のみ)
5. 限度額適用認定証の写し(交付されている方のみ)
6. 振込先金融機関に関する名称、支店名、口座番号、口座名義(カタカナ表示)が分かる部分の写し(通帳の2ページ目等)