

先天性血液凝固因子障害等治療費請求書（先進医療分）

平成 年 月 日

金額 \_\_\_\_\_ 円也

上記のとおり請求します。

福島県知事

受給者番号		受給者氏名	
総医療費		先進医療分	
	円		円
実施した先進医療の名称		実施年月日	
所在地			
請求医療機関 名称			
代表者氏名			印

支払方法	口座振替		
	銀行	支店	口座名義人
普通口座	口座番号		フリガナ 氏名

※添付書類

- ・本請求に係る先進医療に係る患者の同意書の写し
- ・本請求金額の積算内容がわかる明細書（様式任意）