

第7号様式の1

先天性血液凝固因子障害等医療費請求書（療養費払分）

金 額	円
-----	---

ただし、先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱に基づく医療費
（内訳は、別添療養内訳証明書のとおり）

受 給 者 氏 名	受 給 者 番 号

上記の金額を請求します。

年 月 日

京都府知事 様

（〒 ー ）

請求者 住 所

氏 名

印

受給者との続柄（ ）

電話（ ） ー

振 込 先 口 座	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 協	口 座 番 号	普 通 当 座						
	本 店 支 店 出 張 所	口 座 名 義	カタカナで記入して下さい。						

- ※1 振込先口座は請求者の口座に限ります。なお、受給者と請求者、口座名義人が異なる場合は、委任状が必要です。
- ※2 療養証明書又は領収書（レシート不可）を添付してください。
- ※3 高額療養費の支給を受けられた方は、保険者が発行する高額療養費支給決定通知書を添付してください。
- ※4 請求の対象は、受給者証の有効期間内の療養で、かつ先天性血液凝固因子障害等の治療に係るものに限ります。

第7号様式の2

先天性血液凝固因子障害等医療費請求書（先進医療分）

請求金額 金 円

ただし、先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱に基づく先進医療分として

受給者氏名	受給者番号

上記の金額を請求します。

年 月 日

京都府知事 様

(千 一)

請求者 住所

氏名

印

受給者との続柄 ()

電話 () -

振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農協	口座 番号	普通 当座						
	本店 支店 出張所	口座 名義	カタカナで記入して下さい。						

※1 振込先口座は請求者の口座に限ります。なお、受給者と請求者、口座名義人が異なる場合は、委任状が必要です。

※2 下記医療機関が発行した領収書（本請求に係る先進医療分）を添付してください。

医療機関記入欄

実施した先進医療の名称		実施年月日	
		年	月 日
実施した 医療機関	名称		
	所在地		
	代表者名	印	
	電話番号		

第7号様式の3

先天性血液凝固因子障害等医療費請求書（先進医療分）

請求金額 金 円

ただし、先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱に基づく、
下記受給者に係る先進医療分として

受給者番号		受給者氏名	
実施した先進医療の名称		実施年月日 年 月 日	
実施した 医療機関	名称		
	所在地		

上記の金額を請求します。

年 月 日

京都府知事 様

(千 一)

請求者 所在地

医療機関名

代表者名

印

電話 () ー

振込 先 口座	銀行 信用金庫 信用組合 農協	口座 番号	普通 当座						
	本店 支店 出張所	口座 名義	カタカナで記入して下さい。						

※添付書類

- 1 本請求に係る先進医療について受給者の同意書の写し
- 2 本請求金額の積算内容がわかる明細書（様式任意）