

先天性血液凝固因子障害等医療費給付申請書(受給者用)

(ふりがな) 受給者氏名				受給者番号	9	9				
医療費の 受領方法	預金口座 に振込	金融機関名・店名	種別	口座番号		(ふりがな) 名義人 ( )				
		銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店 普通 当座							
	銀行窓口 で受領	横浜銀行		支店						
	医療機関 に委任	(医療費の受領を医療機関に委任される場合は、下欄の「委任状」に記入、押印してください)								

先天性血液凝固因子障害等医療費の給付及び文書料の補助を受けたいので、証明書を添えて申請します。

年 月 日

神奈川県知事殿

申請者	(郵便番号)	( - )
	住所	
	氏名	Ⓜ
	受給者との続柄	
	電話番号	

※下欄は、医療費の自己負担額の受領を医療機関に委任される場合のみ記載してください。

自己負担額を医療機関に支払っている場合は、不要です。

<b>委 任 状</b>				
私は、次の者を代理人と定め、上記先天性血液凝固因子障害等医療費及び文書料の受領に関する権限を委任します。				
年 月 日				
委任者住所				
(申請者)氏名 Ⓜ				
受任者所在地				
名称				
代表者名 Ⓜ				
受任者 振込口座	金融機関名・店名	口座名義	預金種別	口座番号

(注)この申請書に、先天性血液凝固因子障害等医療費証明書(様式第9号又は9号の2)を添付して提出してください

提出先 〒231-8588 横浜市中区日本大通1 神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課  
電話 045-210-1111(内線4777)