

様式第9号

(医療機関に依頼)

下記病名の保険医療費等について公費負担すべき医療費を患者さんが直接請求する場合に必要な事項を証明してください。※欄は記入しないでください。

先天性血液凝固因子障害等医療費証明書 (医療機関用)						
保険区分	種別	1 社保 (協会・組合・船員・共済・その他)		患者氏名		
		2 国保                    3 介護				
自己負担割合		本人		家族	生年月日	年    月    日生 (男・女)
	1 入院	割	1 入院	割	証明書料	※決定額① 円
2 通院	割	2 通院	割			
病名	1 第Ⅰ因子 (フィブリノゲン) 欠乏症		7 第Ⅹ因子 (スチュアートプラウア因子) 欠乏症			
	2 第Ⅱ因子 (プロトロンビン) 欠乏症		8 第ⅩⅠ因子 (PTA) 欠乏症			
	3 第Ⅴ因子 (不安定因子) 欠乏症		9 第ⅩⅡ因子 (ヘイグマン因子) 欠乏症			
	4 第Ⅶ因子 (安定因子) 欠乏症		10 第ⅩⅢ因子 (フィブリン安定化因子) 欠乏症			
	5 第Ⅷ因子欠乏症 (血友病A)		11 von willebrand (フォン・ヴィルブランド) 病			
	6 第Ⅸ因子欠乏症 (血友病B)		12 その他			
診療年月	入院 通院	診療 実日数	保険点数・単位 (対象疾患分)	保険負担分 (高額療養費含む)	患者負担額	※給付決定額②
年 月	入・通・食	日	点	円	円	
年 月	入・通・食	日	点	円	円	
年 月	入・通・食	日	点	円	円	
年 月	入・通・食	日	点	円	円	
年 月	入・通・食	日	点	円	円	
年 月	入・通・食	日	点	円	円	
年 月	入・通・食	日	点	円	円	
年 月	入・通・食	日	点	円	円	
年 月	入・通・食	日	点	円	円	
年 月	入・通・食	日	点	円	円	
上記の通り相違ないことを証明します。						計
年    月    日						※合計①+②
(医療機関) 所在地						円
名 称						
代表者名						印
電話番号						(担当者名:            )

(注) 1 先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の有効期間外の診療分は、医療費給付の対象になりません。  
 2 「保険点数・単位」は、受給者証に記載された疾患の治療に関する点数を記入してください。その他の治療は対象外です。  
 3 「証明書料」は、本証明書を発行するために患者から徴収した金額を記入してください。「証明書料」の公費負担には上限があります。