

様式第9号の2

(保険薬局にお願い) 下記病名の保健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 (保険薬局用)

患者氏名		男 ・ 女	病名 1 第I因子 (フィブリノゲン) 欠乏症 2 第II因子 (プロトロンビン) 欠乏症 3 第V因子 (不安定因子) 欠乏症 4 第VII因子 (安定因子) 欠乏症 5 第VIII因子欠乏症 (血友病A) 6 第IX因子欠乏症 (血友病B) 7 第X因子 (スチュアートプラウア因子) 欠乏症 8 第XI因子 (PTA) 欠乏症 9 第XII因子 (ヘイグマン因子) 欠乏症 10 第XIII因子 (フィブリン安定化因子) 欠乏症 11 von willebrand (フォン・ヴィルブランド) 病 12 その他		
生年月日		年 月 日生			
保険区分	種別	①社保 (協会・組合・船員・共済) ②国保 ③介護			
	自己負担割合	本人 割 家族 割			
証明書料		円	※決定額①		
病院及び診療所	名称				
	所在地				
調剤年月	受付回数	調剤点数・単位 (対象疾患分)	保険負担分 (高額療養費含む)	患者負担額 (領収額)	※給付決定額②
年 月	回	点	円	円	
年 月	回	点	円	円	
年 月	回	点	円	円	
年 月	回	点	円	円	
年 月	回	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
(保険薬局) 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調剤分は、医療費給付の対象になりません。  
2 「調剤点数・単位」は、受給者証に記載された疾患に関する調剤分を記入してください。  
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。