

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				病名	1 第Ⅰ因子（フィブリノゲン）欠乏症	
生年月日		年 月 日生			2 第Ⅱ因子（プロトロンビン）欠乏症	
保険区分	種別	① 社保（協会・組合・船員・共済） ② 国保			3 第Ⅴ因子（不安定因子）欠乏症	
	自己負担割合	本人	割	4 第Ⅶ因子（安定因子）欠乏症		
		家族	割	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 血液凝固因子製剤に起因するHⅠⅤ感染症		
証明書料		円		※決定額①		
病院及診療所	名称					
	所在地					
調剤年月	限度額認定証の提示		受付回数	調剤点数・単位 (対象疾患分)	患者からの 領収額	※給付決定額②
	提示の有無	有の場合区分				
年 月			回	点	円	
年 月			回	点	円	
年 月			回	点	円	
年 月			回	点	円	
年 月			回	点	円	
年 月			回	点	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						
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。