

様式 6

請 求 書	(あて先) 秋 田 県 知 事			健康福祉部 保健・疾病対策課					
令和 年 月 日 (債権者の住所) 名 称 氏 名 印			請 求 金 額 円						
			振 込 先	金 融 機 関 名					
				支 店 名		支店 (所)		口座種別	普・当
				金 融 機 関 コー ド					
				口 座 番 号					
区 分	入 院	通 院	事業費の内訳 (先天性血液凝固因子障害等治療研究事業医療費として)						
件数	件	件	・ 第 I 因子 (フィブリノゲン) 欠乏症						
診療実日数	日	日	・ 第 II 因子 (プロトロンビン) 欠乏症						
社会保険診療報酬請求明細の医療費総額	円	円	・ 第 V 因子 (不安定因子) 欠乏症						
社会保険等負担額	円	円	・ 第 VII 因子 (安定因子) 欠乏症						
差引公費負担請求額	円	円	・ 第 VIII 因子欠乏症 (血友病 A)						
請求額合計 (入院+入院外)	円		・ 第 IX 因子欠乏症 (血友病 B)						
			・ 第 X 因子 (スチュアートブラウア) 欠乏症						
			・ 第 XI 因子 (PTA) 欠乏症						
			・ 第 XII 因子 (ヘイグマン因子) 欠乏症						
			・ 第 XIII 因子 (フィブリン安定化因子) 欠乏症						
			・ von willebrand (フォン・ヴィルブランド) 病						

(注) 1. 事業の内訳については、該当する疾患名を○で囲んでください。