

肝 炎 医 療 費 請 求 書

平成 年 月 日

石川県知事 谷 本 正 憲 殿

平成 年 月分 肝炎医療費を下記のとおり請求します。

請 求 金 額			円							
受 給 者 番 号	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									※7桁の受給者番号を記入してください。
受 給 者 住 所	(〒 -)									
受 給 者 氏 名	(印)									
振込銀行	振込 口座	銀行 支店								
		普通 当座	預金 口座番号							

(注) 添付書類：医療機関の発行する医療費の受領を証する書類