

特定医療費請求書

フリガナ					公費負担者 番号	5	4	1	7				
患者氏名													
生年月日	年	月	日	高額療養 費制度の 適用区分		受給者 番号							

申請者	氏名	受診者との続柄 ()				住所	〒 - TEL ()						
振込先	金融機関	銀行・信金・信組								支店			
		農協・漁協・労金								(ゆうちょ銀行の場合は数字3桁)			
	口座番号	1 普通								フリガナ			
		2 当座								口座名義			

- (注) 1. 申請者欄は、患者が18歳未満の場合のみ、保護者の氏名、住所を記載してください。
2. 患者が18歳未満の場合を除き、患者本人の口座を指定してください。
患者本人以外の口座を指定する場合は、委任状が必要です。
3. 太枠の中は、必ず記入してください。
4. 口座名義のフリガナは、金融機関の通帳に登録したとおりに記入してください。
5. 医療機関の発行する医療費の受領を証する書類を添付してください。

石川県知事 殿

年 月分の指定難病に係る特定医療費を請求します。

当該特定医療費は、上記の振込先口座にお振り込みください。

請求金額 金 _____ 円