

特定医療費（指定難病）請求書

年	月	日
---	---	---

静岡県知事 様

次のとおり、特定医療費を請求します。

年	月	から	年	月	まで	（	か	月	分）
---	---	----	---	---	----	---	---	---	----

※ 決 定 額
（職員記入欄）

百万	十	万	千	百	十	一	円
----	---	---	---	---	---	---	---

受診者 氏名		受給者 番号							
-----------	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--

私は、下記の者に対し、特定医療費の請求及び受領を委任します。

年 月 日

住所

氏名 印

（受診者（受診者が18歳未満である場合は保護者）と請求者が異なる場合のみ記入してください。）

記

請求者	住 所	郵便番号	—						
			電話番号（ — — ）						
	フリガナ		受診者との関係						
	氏名								
口座 振替	金融機関名		銀行・信金				本店		
			農協・労金				支店		
	預金種別	普通・当座	口座番号						
	口座名義人 (妨がで記入してください。)								

注1 受療した指定医療機関が作成した特定医療費（指定難病）証明書（様式第2号）又は医療費管理票（様式第3号）を必ず添付してください。

2 支給認定の有効期間中に、認定された指定難病について指定医療機関で受療した場合のみ提出してください。