

特定医療費等請求書(指定難病・小児慢性特定疾病)

兵庫県知事 様

請求者			
住所	(〒 -)		
フリガナ	★欄と同じであること		
氏名			
TEL	- -	受給者との続柄	
Email			

令和 年 月 日

受給者						
公費負担番号			2	8		
受給者番号						
受給者氏名						
受給者生年月日	大・昭・平・令	年	月	日		
受給者証有効期間	平・令	年	月	日	～	平・令
	年	月	日			

振込先 必ず請求者名義の口座を記入してください。

口座名義	(カタカナ) ★		
金融機関	銀行・信用金庫	(金融機関コード)	
	農協・信用組合		
支店名	支店	(支店番号)	
	出張所 営業部		
預金種別	普通・当座・貯蓄・その他()		
口座番号			

平成・令和 年 月分の公費負担の対象となる医療費を下記のとおり請求します。

請求額 ￥ 円

支給決定額欄 (県が記入します) ※ 円

【特定医療費を請求される方へ】

- この請求書の太枠内をご記載ください。
- 入院時食事療養費の請求ができる方は、公費負担者番号が54285010、52287018及び52288016の方になります。
- この請求書は、必ず住所地の健康福祉事務所(保健所)へ提出してください。
健康福祉事務所(保健所)に提出してから支払までに6ヶ月程度要します。支払は通帳記帳にてご確認ください。
- 請求される月にかかった特定医療費にかかる領収書の原本を、必ずすべてあわせて健康福祉事務所(保健所)にお持ちください。
すでに返金をうけた医療機関における領収書も必要ですので、ご注意ください。