

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	
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	

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		日
受給者証有効期間	令和			年		日
受給者適用区分	(70歳未満) ア・イ・ウ・エ・オ					
	(70歳以上) VI・V・IV・III・II・I					

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 (記入しないでください)

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。
- 請求時に受給者適用区分を確認するため、マイナポータルか限度額適用認定証を提示してください。
- 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と、高額療養費の支給決定通知書(該当者のみ)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。