

肝 炎 医 療 費 請 求 書

年 月 日

石川県知事 殿

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	(〒 -)		電話番号 (- -)							
受 給 者 氏 名										
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
- 振込先金融機関の口座がわかる書類 (預金通帳の写し等)
- 高額療養費に該当する場合、保険者 (市町・勤務先等) へ高額療養費の申請の上、支給決定通知書を添付してください。