請求書の注意点

特定医療費 請求書

フリガナ 患者氏名		公費負担者番号	5	4	1	7				
生年月日	大 昭 平 令　　年　　月　　日	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 農協・漁協・労金		支店 （ゆうちょ銀行の場合は数字3桁）
	口座番号	1普通 2当座	フリガナ 口座名義	

患者本人を申請者に！

（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。

診療月は空欄で！

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

請求金額は空欄で！

・申請には、医療費を支払ったすべての医療機関で、特定医療費（指定難病）対象診療報酬領収証明書（別紙）が必要です。医療機関で証明をうけてください。

・最寄りの県保健福祉センター（金沢市にお住まいの方は金沢市福祉健康センター）に提出してください。

・該当医療費のうち、高額療養費の該当分については控除して支給します。
高額療養費の払戻しについては、各医療保険の保険者（国民健康保険や健康保険組合など）にお問い合わせください。