

未払医療費請求書

(死亡した特定医療費受給者氏名)

令和 年 月 日に死亡した に係る

未払医療費の支払を関係書類を添えて請求します。

令和 年 月 日

石川県知事 殿

請求者		
住所		
(ふりがな) 氏名		
死亡した 特定医療費受給者 との続柄		
振込口座	金融機関名	
	本支店名	
	預金種別	
	口座番号	
	口座名義	

※振込口座は、請求者本人の名義のものに限ります。