

様式第8号

特定疾患医療費請求書

年 月分 特定疾患医療費を下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

医療券番号

受給者住所 (〒 - )

氏 名

振込銀行 銀行 支店  
( 普通 ・ 当座 ) 預金  
口座番号

石川県知事

殿

請求金額 円

診療月	診療日数	④医療費総額	⑤社会保険負担額	差引請求額	備考
月	日	円	円	円	

- (注) 添付書類 1. 医療機関の発行する医療費の受領を証する書類  
2. 診療報酬請求明細を証する書類