特定医療費（指定難病）療養費振込通知願

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者番号 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 請求日 |  |
| 請求対象月 | 年　　月分　～　　　　　年　　月分 |
| 通知理由 |  |

　　上記の者にかかる特定医療費（指定難病）療養費の振込内容について、通知願います。

　　年　　月　　日

申請者

住　所　(〒 ‐　　　　)

氏　名

（受給者との関係　　　　　　　　　）

※請求と同時に願い出されない場合は、申請時の請求書の写しおよび受給者証の写しを添

付してください。

※通知の送付先が申請者の住所と異なる場合は、下記に記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | （〒 ‐　　　　） |
| 氏名 |  |