

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	