

特定医療（指定難病）療養費請求書

令和 年 月 日

滋賀県知事

請求金額 金 _____ 円

指定難病（病名： _____ ）に係る
_____ 年 _____ 月から _____ 年 _____ 月までの特定医療
（指定難病）療養について、下記のとおり請求します。

受給者	受給者番号	_____	有効期間	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	フリガナ氏名	_____		
	自己負担上限額	_____ 円		

請求者	住所（居住地）	〒 _____ (電話) _____ - _____			
	フリガナ氏名	*必ず記入してください。 _____ ⑩		受給者との続柄	_____
	振替口座	銀行	支店出張所	*請求者名義の口座に振替します（請求者名と口座名義は同一として下さい）。	
		普通・当座	口座番号		

請求される方へ

- (注) 1 「特定医療（指定難病）療養費証明書」を添付してください。
- 2 医療機関や診療月が複数ある場合、それぞれの証明書を添付し、一括して請求してください。
- 3 該当する医療費を対象として高額療養費の支給を受けられる場合は、あらかじめ高額療養費の支給を受けた後、支給額が記載された支給決定通知書等を添付してください。
- 4 請求印は必ず押印してください。
- 5 振替後の通知は行いませんので、ご承知おきください。