

記載案内

※請求書類に不備があったり、医療費助成の対象とならない請求がある場合等は、請求者に返送、または追加書類の提出を求められることがありますので、ご注意ください。

特定医療費（指定難病）請求書

令和〇〇年 〇月 〇日

医療費決定額	百万	十万	万	千	百	十	円
--------	----	----	---	---	---	---	---

愛媛県知事 様

請求者

住 所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇
松山市〇〇町〇 - 〇〇

氏 名 愛媛 太郎 印

(受給者との続柄 本人)

電話番号 (〇〇〇)〇〇〇 - 〇〇〇〇

必ず押印してください。

特定医療費（指定難病）を上記のとおり請求します。
 なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。
 また、特定医療費（指定難病）の償還を受けるにあたり、必要時は受給者及び申請者の医療費及び診療内容等について、愛媛県が医療機関、保険者等に調査することに同意します。

ふりがな	えひめ たろう														
請求者氏名	愛媛 太郎														
振込口座 (請求者)	(金融機関名)						支店								
	〇〇銀行						支店コード								
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	種別	1	2	3	(普通)当座		
ふりがな	えひめ たろう							口座名義	愛媛 太郎						
受給者氏名	愛媛 太郎							特定医療費受給者番号	1	2	3	4	5	6	7

請求者と口座名義人は必ず同一人にしてください。

受給者と請求者が異なる場合は委任状が必要です。