特定医療費（指定難病）請求書

令和　　年　　月　　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 〒

氏　　名　　㊞

（受給者との続柄　　）

電話番号

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				
請求者氏名				
振込口座（請求者）	（金融機関名）		支店 出張所	支店コード 種別 普　通・当　座
	口座番号		ふりがな	
			口座名義	
ふりがな		特定医療費受給者番号		
受給者氏名				