

特定医療費（指定難病）請求書

年 月 日

(宛先) 静岡市長

次のとおり、特定医療費を請求します。

年	月から	年	月まで（	月分）
---	-----	---	------	-----

請 求 額 (特定医療費)	百万	十万	万	千	百	十	一	円
------------------	----	----	---	---	---	---	---	---

受診者 氏 名		受給者 番 号							
------------	--	------------	--	--	--	--	--	--	--

私は、下記の者に対し、特定医療費の請求及び受領を委任します。

年 月 日

住所

氏名

(受診者（受診者が18歳未満である場合は保護者）と請求者が異なる場合のみ記入してください。)

記

請 求 者	住 所	郵便番号	—		電話番号（ — — ）			
	フリガナ							受診者との関係
	氏 名							
	口座振替	金融機関名	銀行・信金		本店			
		預金種別	普通・当座	口座番号				支店
	口座名義人 ( <i>カタ</i> で記入してください。)							

(注)

- 1 受療した指定医療機関が作成した特定医療費（指定難病）証明書（様式第21号）を必ず添付してください。
- 2 支給認定の有効期間中に、認定された指定難病について指定医療機関で受療した場合のみ提出してください。

静岡市保健所使用欄

自己負担上限月額	適用区分	重心確認	金融機関コード	支店番号
円				