

特定疾患医療費（静岡県単独）請求書

年 月 日

静岡県知事 様

次のとおり、特定疾患医療費を請求します。

年 月 から 年 月 まで（ か月分）

※ 決 定 額
（職員記入欄）

百万	十万	万	千	百	十	一
----	----	---	---	---	---	---

円

受給者 氏名		受給者 番号							
-----------	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--

私は、下記の者に対し、特定疾患医療費の請求及び受領を委任します。

令和 年 月 日

住所

氏名 印

（受給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 農協・労金				本店 支店		
	預金種別	普通・当座	口座番号						
	口座名義人 (かかけで記入してください。)								

- 注1 受療した医療機関が作成した「特定疾患医療費（静岡県単独）証明書」を必ず添付してください。
- 注2 支給認定の有効期間中に、認定された疾患について医療機関で受療した場合のみ提出してください。

別紙「特定疾患医療費（静岡県単独）の請求について（償還払い請求）」を必ず御覧ください。