

様式第4号 (用紙 日本産業規格A4縦型)

年 月 診療分

受給者番号						
対象患者氏名						

請求額 _____ 円

特 定 疾 患 医 療 費 請 求 書

区 分	患者自己負担額	特定疾患一部負担額	請 求 額
入 院	円	円	円
入院外			
計			

受領方法 (口座振替)	銀行等名及び店名	預金種別	口座番号	口座名義人(請求者)
	銀行・信金 農協・労金 店	普通 当座		

特定疾患の医療費として上記のとおり請求します。

年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

(郵便番号 —)

住 所 _____

フリガナ _____

請求者氏名 _____

(受給者との続柄) (電話番号)

特 定 疾 患 医 療 費 証 明 書

年 月 診療分

治療特定疾患名								
保 険 者 名					適用区分			
医療保険		区分	内 容	診 療 実日数	社会保険診療報酬 請求明細書による 総 医 療 費	社会保険等 負 担 額	患者自己 負 担 額	特定疾患 一部負担額
種別	給付 割合							
		入院	入院医療費	日	円	円	円	円
			食事負担額		—	—	—	—
		入院外	入院外医療費					

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

所 在 地 _____

医療機関・薬局 名 称 _____

代表者氏名 _____

(電 話 番 号)

- (注) 1 診療月ごとに作成してください。
 2 請求者は、対象患者本人又は配偶者若しくは同居している親族としてください。
 3 振替口座は、請求者名義のものとしてください。