

特定医療費等請求書(指定難病・小児慢性特定疾病)

兵庫県知事 様

請 求 者			
住所	(〒)		
フリガナ	★欄と同じであること		
氏名			
TEL	- -	受給者との続柄	
Email			
振込先	必ず請求者名義の口座を記入してください。		
口座名義	(カタカナ) ★		
金融機関	銀行・信用金庫 農協・信用組合	(金融機関コード)	
支店名	支店 出張所 営業部	(支店番号)	
預金種別	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄 ・ その他()		
口座番号			

令和 年 月 日							
受 給 者							
公費負担番号			2	8			
受給者番号							/
受給者氏名							
受給者生年月日	大・昭・平・令 年 月 日						
受給者証有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
受給者 高額療養費 適用区分							

令和 年 月分の公費負担の対象となる医療費を下記のとおり請求します。

請求額 円 (記入しないでください)

支給決定額欄 (県が記入します) ※ 円

- 【特定医療費を請求される方へ】
- 1 この請求書の太枠内をご記載ください。
 - 2 請求時に受給者適用区分を確認するため、マイナポータルか限度額適用認定証を提示してください。
 - 3 入院時食事療養費の請求ができる方は、公費負担者番号が54285010、52287018及び52288016の方になります。
 - 4 この請求書は、必ず住所地の健康福祉事務所(保健所)へ提出してください。
健康福祉事務所(保健所)に提出してから支払までに6ヶ月程度要します。支払は通帳記帳にてご確認ください。
 - 5 請求される月にかかった特定医療費にかかる領収書の原本と、高額療養費の支給決定通知書(該当者のみ)を、必ずすべてあわせて健康福祉事務所(保健所)にお持ちください。
すでに返金をうけた医療機関における領収書も必要です。