

審査決定額	※	円
-------	---	---

特定医療費（指定難病）医療費請求書

年 月 日

群馬県知事

あて

(受給者)

受給者番号	受給者氏名
加入保険	社保・国保・後期・介護・他

年 月分～ 月分を、別添のとおり請求いたします。

(請求者)

振込金融機関名	銀行・組合 金庫・農協
支店名	本店・本所 支店・支所
フリガナ 口座名義人 (請求者)	印
口座番号	普通・当座・貯蓄
受給者との続柄	
住所	(郵便番号 —)
電話番号	(市外局番) — —

- 注意事項
- ① 請求書は、すべてペン又はボールペンで記入してください（消せるボールペンは使用不可）。
 - ② 受給者本人を請求者としてください。受給者が死亡している場合は、その法定相続人を請求者とし、受給者との続柄が確認できる書類（戸籍事項証明書等）を添付してください。
 - ③ 高額療養費の該当になる場合には、保険者に申請後、その精算書ともとなる領収書及び医療の内容を明らかにする書類（領収明細書又は診療報酬明細書の写し等）を添付してください。
 - ④ 口座振込によりお支払いいたしますので、口座の確認のために預金通帳を管轄する保健所若しくは保健福祉事務所に持参してください。
 - ⑤ 印は銀行届出印以外でも受け付けます。
 - ⑥ ※欄は、記入しないでください。