

特定医療（指定難病）療養費請求書										
							年	月	日	
(宛先) 滋賀県知事										
請求金額 金 _____ 円										
指定難病(病名： _____)に係る _____年 _____月から _____年 _____月までの特定医療（指定難病）療養について、下記のとおり請求します。										
受 給 者	受給者番号									
	有効期間	自 _____年 _____月 _____日 至 _____年 _____月 _____日								
	自己負担 上限額	円								
請 求 者	住 所 (居 住 地)	〒 _____ (電話) _____ - _____ - _____								
	ふりがな 氏 名							受給者と の 続 柄		
	振替口座	銀行			支店 出張所			* 請求者名義の口座に振替します（請求者名と口座名義は同一としてください。）。		
普通 ・ 当座		口座番号								

- 注1 特定医療（指定難病）療養費証明書を添付してください。
- 2 医療機関および診療月が複数ある場合は、それぞれの証明書を添付して、一括して請求してください。
- 3 該当する医療費を対象として高額療養費の支給を受けることができる場合は、あらかじめ高額療養費の支給を受けた後、支給額が記載された支給決定通知書等を添付してください。
- 4 振替後の通知は行いませんので、御承知おきください。