

記載案内

※請求書類に不備があったり、医療費助成の対象とならない請求がある場合等は、請求者に返送、または追加書類の提出を求められることがありますので、ご注意ください。

小児慢性特定疾病医療費請求書

令和〇〇年 〇月 〇日

医療費決定額	百万	十万	万	千	百	十	円
--------	----	----	---	---	---	---	---

愛媛県知事 様

請求者

住 所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇
松山市〇〇町〇〇〇〇

氏 名 愛媛 太郎 印

(受給者との続柄 本人)

電話番号 (〇〇〇)〇〇〇 - 〇〇〇〇

必ず押印してください。

請求者と口座名義人は必ず同一人にしてください。

小児慢性特定疾病医療費を上記のとおり請求します。
なお 支払金額は次の口座に振り込んでください。
また 小児慢性特定疾病医療費の償還を受けるにあたり、必要時は受診者及び申請者の医療費及び診療内容等について、愛媛県が医療機関、保険者等に調査することに同意します。

ふりがな	えひめ たろう						<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 5%;">支店</td> <td style="width: 5%;">支店コード</td> <td style="width: 5%;">種別</td> </tr> <tr> <td>〇〇</td> <td>1 2 3 4 5 6 7</td> <td>普通・当座</td> </tr> </table>		支店	支店コード	種別	〇〇	1 2 3 4 5 6 7	普通・当座									
支店	支店コード	種別																					
〇〇	1 2 3 4 5 6 7	普通・当座																					
請求者氏名	愛媛 太郎																						
振込口座 (請求者)	(金融機関名)						<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 5%;">ふりがな</td> <td colspan="6">えひめ たろう</td> </tr> <tr> <td>口座名義</td> <td colspan="6">愛媛 太郎</td> </tr> </table>		ふりがな	えひめ たろう						口座名義	愛媛 太郎						
	ふりがな	えひめ たろう																					
口座名義	愛媛 太郎																						
	〇〇銀行						<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 5%;">ふりがな</td> <td colspan="6">えひめ たろう</td> </tr> <tr> <td>口座番号</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> </table>		ふりがな	えひめ たろう						口座番号	1	2	3	4	5	6	7
ふりがな	えひめ たろう																						
口座番号	1	2	3	4	5	6	7																
	1	2	3	4	5	6	7																
ふりがな	えひめ たろう						<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 5%;">小児慢性特定疾病医療受給者番号</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> </table>		小児慢性特定疾病医療受給者番号	1	2	3	4	5	6	7							
小児慢性特定疾病医療受給者番号	1	2	3	4	5	6			7														
受診者氏名	愛媛 太郎																						

受診者と請求者が異なる場合は委任状が必要です。