

特 定 医 療 費 (指 定 難 病) 等 請 求 書

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

上記の者に対する指定難病の治療に要した費用(自己負担分)の支払を次のとおり請求します。
 なお、支払は、下記の口座をお願いします。

金	円								
		内 訳	年	月					円
			年	月					円
			年	月					円
			年	月					円
			年	月					円
			年	月					円

年 月 日

請求者 (受診者との続柄)

〒
住 所

氏 名

連絡先

山梨県知事 殿

振 込 先 金融機関		支店	口座 名義	(フリガナ)	口座 種別 番号	(どちらかに○を)					
						普通	当座				

(番号は右へ詰めて記入してください)

委 任 状

私は、上記請求者 を代理人と定め、上記の請求費用の請求及び受領を委任します。

年 月 日

住 所
氏 名