様式第８号

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、下記の口座にお願いします。

金　　円

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

令和　年　　月　　日

請求者（受診者との続柄　　）
〒
住 所

氏 名　　印

連絡先

山梨県知事　殿

振 込 先 金融機関	支店	口座 名義	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	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。

令和　　年　　月　　日

住 所
氏 名　　印