

特定疾患医療費申請書（療養費払分）

金 額	円
-----	---

ただし、特定疾患治療研究事業実施要綱に基づく医療費

公費負担者番号	5 1 2 6 6 0 1 3	受給者番号	
フリガナ 受給者(患者)氏名		生年月日	年 月 日
承認期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
療養費払いとなつた理由	1 受給者票の有効期間内の療養で、受給者票が届く前に特定疾患に係る医療費を支払ったため 2 その他 ( )		

上記の金額を申請します。

年 月 日

京都府知事 様

(〒 — )

申請者 住所

氏 名

ⓐ

(自署又は記名押印)

受給者との続柄 ( )

電話 ( ) —

振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	口座番号	普通 当座						
	本店 支店 出張所	口座名義	カタカナで記入して下さい。						

- 振込先口座は原則、申請者の口座に限ります。ただし、受給者(患者)氏名と申請者氏名・口座名義が異なる場合は、委任状が必要です。
- 必ず、受給者票のコピーと療養証明書及び領収書原本(レシート不可)を添付して、お近くの保健所から申請してください。
- 高額療養費の支給を受けられた方は、保険者が発行する高額療養費支給決定通知書を添付してください。
- 請求の対象は、受給者票の有効期間内の療養で、かつ特定疾患の治療に係るものに限ります。