

特定医療療養費請求書

請求理由(該当する番号を○で囲んで下さい。)

- ① 申請中のため医療受給者証がない状態で受診し、医療費の支払いをしたため
- 2 自己負担上限額以上の支払いをしたため
- 3 その他 (理由)

福島県知事

下記のとおり特定医療療養費を請求します。

令和 ○年 ○月 ○日

請求金額

決定金額 円
※この欄は記入しないでください

<受給者>

氏名	福島 太郎					自己負担 上限額	5,000 円		
受給者番号	0	1	2	3	4	5	6	階層区分	低Ⅱ
生年月日	大正 昭和 ○年 ○月 ○日 (○○歳) 平成・令和								
有効期間	令和 △年 △月 △日から			令和 □年 □月 □日まで			適用区分	才	
なお、この請求に関して不明な点がある場合、福島県・保健所等が直接保険者及び医療機関等に照会をし、保険者及び医療機関等が福島県・保健所等に当該情報を提供することに同意します。									
受給者氏名	福島 太郎				被保険者氏名	福島 次郎 印			
↑被保険者が受給者の場合は必要ありません									

<請求者>

○受給者と請求者が異なる場合は、下記に記入をお願いします。
 なお、受給者が未成年で、申請が保護者の場合には記入は不要です。
 私(受給者)は、本請求に対し、下記の請求者を代理人と定め特定医療費の請求及び受領の権限を委任します。

受給者住所 _____

受給者氏名 _____ 印

太枠の中はもれなく記入・押印してください。

受給者と請求者が異なる場合のみ
記入・押印してください。

フリガナ	フクシマ	タロウ	受給者との 続柄	本人
請求者氏名	福島 太郎			
住所	〒960-8002 福島市森合町10-1 電話 024(573)4384			
振込口座	フリガナ	フクシマ タロウ		
	口座名義人 (請求者に同じ)	福島 太郎		
	金融機関名	店舗名	種別	口座番号
	□□銀行	◇◇支店	普通	1 2 3 4 5 6 7

※支払い方法は、普通口座への振り込みです。(競馬、定期預金専用通帳等はできません。)