

# 記入見本

お持ちの受給者証をご確認ください。  
**7桁の番号**です。  
公費負担番号(8桁)ではありません。

## 特定医療費(指定難病)等請求書

受給者氏名	甲府 花子	受給者番号	0123456
-------	-------	-------	---------

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	年	月分	円
内訳				円
記入しないでください				
		年	月分	円
		年	月分	円
		年	月分	円


〇〇年 〇〇月 〇〇日

請求者(受給者との続柄 本人 )

〒 400-0858

住所 甲府市相生2-17-1

請求者の名前と口座名義は同一  
となるようにしてください。

氏名 甲府 花子 

連絡先 055-XXXX-XXXX

山梨県知事 殿

振込先 金融機関	〇〇 銀行 △△ 支店	口座 名義	(フリガナ) ヨウフ ハナコ 甲府 花子	口座 種別 番号	(どちらかに○を) 普通・当座
					〇〇〇〇〇〇

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。


委任状

私は、上記請求者 **請求者名** 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

**受給者名** 

請求者と別の印鑑を押してください。