

### 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 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		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(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