

小児慢性特定疾病医療費請求書

年 月分 小児慢性特定疾病医療費を下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

受給者番号

受診者氏名

(〒 -)

申請者住所

(ふりがな)

申請者氏名

振込銀行

銀行

支店

普通
当座

預金

口座番号

口座名義 (カタカナ)

石川県知事

殿

請求金額

円

- (注) 添付書類
1. 医療機関の発行する医療費の受領を証する書類
 2. 小児慢性特定医療費医療受給者証