

審査決定額	※円
-------	----

先天性血液凝固因子障害等医療費請求書

令和 年 月 日

群馬県知事

あて

(受給者)

受給者番号	受給者氏名
加入保険	社保・国保・後期・介護・他

令和 年 月分～ 月分を、別添のとおり請求いたします。

(請求者)

振込金融機関名	銀行・組合 金庫・農協	
支店名	本店・本所 支店・支所	
フリガナ 口座名義人 (請求者)		印
口座番号	普通・当座・貯蓄	
受給者との続柄		
住所	(郵便番号 -)	
電話番号	()	

- 注意事項
- ① 高額療養費の該当になる場合には、保険者に申請後、その精算書ともとなる領収書及び医療の内容を明らかにする書類（領収明細書又は診療報酬明細書の写し等）を添付してください。
 - ② 口座振込によりお支払いいたしますので、口座の確認のために預金通帳の写し（口座番号と名義人の記載部分）を添付してください。
 - ③ 印は銀行届出印以外でも受け付けます。
 - ④ ※欄は、記入しないでください。