

(別紙様式7)

肝炎治療費償還払請求書

年 月 日

宮崎県知事 殿

請求者 住所 〒

氏名



電話番号 () -

肝炎治療費を下のとおり請求します。
なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。

ふりがな							受給者番号									
受給者氏名																
振込口座 (請求者)	(金融機関名)						支店 出張所	支店コード			種別					
										普通・当座						
	口座 番号						ふりがな									
							口座名義									

※提出にあたっての注意事項。

- 本請求書とともに、下記の書類も提示及び写しを添付の上、手続きを進めてください。
 - 請求者の肝炎治療受給者証
 - 領収書、明細書、自己負担上限額管理表、高額療養費支給決定書等の写し
 - その他（都道府県知事が必要と認める書類）
- 請求者（参加者）の押印欄に必ず押印してください。
- 振込口座については、請求者の名義の口座を記載してください。

(都道府県記入欄)

治療費決定額	百万	十万	万	千	百	十	円