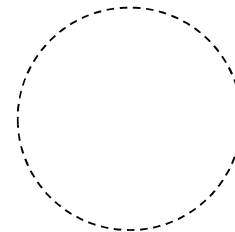


特定疾患治療研究費請求書

島根県知事様

下記のとおり請求します。

金 _____ 円



平成 年 月 日

請求者 住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

*続柄は受給者からみた場合

(本人以外の場合は、下記委任状の記入が必要です。)

受給者氏名			
特定疾患名		受給者番号	⋮ ⋮ ⋮ ⋮ ⋮

特定疾患治療研究費支払証明

保険種別	健保 (本人 家族) 国保 (一般 退職本人 退職家族) 後期高齢 共済 (本人 家族) 船員 (本人 家族) 介護 その他 ()
------	---

高齢受給者証 (有 無)	保険負担割合	7割 8割 9割 ()割
----------------	--------	---------------

診療年月日	区 分	総医療費 (本事業による医療費助成の対象となる額) (A)	患者本人負担額 (Aの額に対する本人負担額) (B)	自己負担限度額 (Bが高額療養費の償還払対象となる場合のみ記入) (C)	請求額 B又はCでいずれか少ない額 (D)
年 月 日 ~ 日	入院	円	円	円	円
	食事・生活療養費	円	円	円	円
	外来	円	円	円	円
	調剤又は訪看	円	円	円	円
年 月 日 ~ 日	入院	円	円	円	円
	食事・生活療養費	円	円	円	円
	外来	円	円	円	円
	調剤又は訪看	円	円	円	円
年 月 日 ~ 日	入院	円	円	円	円
	食事・生活療養費	円	円	円	円
	外来	円	円	円	円
	調剤又は訪看	円	円	円	円
計					円

平成 年 月 日

上記のとおり特定疾患治療研究費として相違ありません。

医療機関等 所在地
名 称
職・氏名

印

(委 任 状)

私は、上記請求者を代理人と定め、島根県から受ける特定疾患治療研究費の請求及び受領について委任します。

平成 年 月 日

受給者(委任者) 住 所
氏 名

印

- ※ 1 領収書及び受給者証の写しを添付してください。
- 2 院外処方の場合は、処方せんの写しも添付してください。
- 3 領収書の返還をご希望の方は、「償還手続済」印を押印後、返還しますのでお知らせください。
領収書の返還を希望 (する ・ しない)

裏面に注意事項等が記載してありますのでご覧ください。

※保健所記入欄	債権債務者番号	
---------	---------	--