

特定疾患医療費償還払申請書

平成 年 月 日

三重県知事あて

平成 年 月分の特定疾患医療費について、別紙医療費証明書または領収書に基づき、公費負担分の償還を申請します。

なお、償還金は下記の口座に振り込んでください。

申請者	フリガナ					受給者氏名とその続柄	受給者氏名					
	氏名	印					続柄 ( )					
	住所	〒 -										
	電話番号	自宅( ) -				その他連絡先						
	受給者名義の口座及び口座名義	銀行・信金・信組					支店	普通 当座	口座番号			
		農協・漁協・労金										
ゆうちょ銀行		店名				普通						
	フリガナ 口座名義											
他の医療費助成制度受給資格	有・無 身体障害者手帳( )級・療育手帳( )級・被爆者健康手帳・ その他( )											

注1：ゆうちょ銀行の場合は、通帳の最初のページ左上の記号・番号ではありません。  
ゆうちょ銀行の窓口等で振込用の店名・口座番号を確認し記入してください。

注2：受給者証の写しを添付下さい。

注3：2ヵ月分以上まとめて申請する場合でも、申請書の提出は1枚で結構です。

- 振り込み口座の名義人は、受給者と同じにしてください。また受給者の口座以外に振込を希望される場合は、委任状が必要となります。
- 自己負担が高額療養費制度の自己負担限度額を超えた場合、その越えた額については、保険者（健康保険組合、全国健康保険協会各支部、市町等）に高額療養費の請求を行ってください。