

特定医療費(指定難病)償還払い明細作成願い

特定医療費（指定難病）の給付に係る下記事項の明細作成を申請致します。

- ・ 患者氏名
- ・ 受給者番号
- ・ 月額自己負担上限額
- ・ 医療費償還額明細：令和 年 月 日振込分

年 月 日

名前 _____

生年月日 _____

住所 _____