

特定医療費支給申請書

受給者番号			
受診者氏名			
受給者証の有効期間	年	月	日 ~ 年 月 日
療 養 費	医療費総額		
	医療保険負担 差引額		
	申請（請求） 金額		

上記のとおり関係書類を添付して申請（請求）します。

年 月 日

申請（請求）者 住 所
氏 名

鳥取県 総合事務所長
鳥取市保健所長 様

下記の口座に振り込んでください。

金融機関名	支店名等	種別	口座番号
銀行 農協 金庫 漁協 信組 信漁連 信連	本店・支店 本所・支所 出張所	普通	
	店番号	当座	
フリガナ			
口座名義人			

(注) 申請（請求）者と口座名義人が異なる場合は、委任状が必要になります。

(同じ場合は委任状は不要です。)

添付書類

- 特定医療費の額を証明する領収書
- 診療証明書〔様式第11号に指定医療機関が証明したもの〕
- 自己負担上限額管理票のコピー〔償還払の対象月の医療費が記載されていない場合は不要〕