

特定疾患医療費償還払申請書

年 月 日

三重県知事あて

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。また、本申請に関して、三重県が直接保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が三重県に当該情報を提供することに同意します。

なお、償還金は下記の口座に振り込んでください。

(受給者又は保護者) 申請者	フリガナ			受給者氏名とその続柄	受給者氏名		
	氏名				続柄 ()		
	住所	〒 -					
	電話番号	自宅() -		その他連絡先			
受給者名義の口座	銀行・信金・信組			支店	普通	口座番号	
	農協・漁協・労金						
	ゆうちょ銀行	店名			普通		
フリガナ							
口座名義人							
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。