

(様式第7号)

肝炎インターフェロン・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療費支給申請書

肝炎治療受給者証	受給者番号						交付年月日	年	月	日	
	住所	〒									
	ふりがな氏名										
	加入医療保険	保険の種別	協・組・船・共・国・後								
		被保険者証発行機関									
	病名										
受診医療機関及び薬局											
療養費	医療費総額									円	
	医療保険負担差引額									円	
	自己負担限度額									円	
	申請(請求)金額									円	

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

ふりがな氏名

電話番号 ( - - )

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。

フリガナ口座名義					印
振込先金融機関	銀行・農協 組合・金庫		支店・支所		
	当座・普通	口座番号			

注1: 2箇所の印は金融機関届出印であるかどうかは問いませんが、同一の印にしてください。

注2: 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。)

注3: 申請(請求)金額の訂正はできませんので、御注意ください。