様式9

大阪府　肝炎　インターフェロン(フリー)
核酸アナログ製剤　治療医療費請求書

受給者	氏　名		受給者番号	
	住　所			
	受診医療機関 利用保険薬局			

請求者（受給者も含む）	フリガナ		受給者との続柄
	氏　名		
	フリガナ		
	住　所	〒　　－　　TEL(　　－　　－　　)	

送金用振込口座の欄には、必ず請求者名義の口座を記入してください。

送金用振替口座	銀行名	銀　行 農　協 信用金庫 労働金庫	※	※	※	※	預金種別	1. 普通・総合 2. 当　　座
		支店	※	※	※	口座番号		
	口座名義人 (左詰・カナで記入)							

年　　月分　から　　年　　月分(か月分)の

肝炎　インターフェロン(フリー)
核酸アナログ製剤　治療医療費を下記のとおり請求いたします。

年　　月　　日

大阪府知事様

	百万	十万	万	千	百	十	円
※医 療 費							

■■　記入上の注意　■■■