

記入例

沖縄結核患者特別措置医療費支払請求書

沖縄県知事 殿

令和 年 月 日

医療機関の所在地及び名称

沖縄県那覇市泉崎〇-〇-〇

〇〇株式会社 〇〇薬局

開設者氏名 代表取締役 沖縄 花子

担当者氏名 沖縄 太郎

連絡先 098-〇〇〇-〇〇〇〇

担当者名、連絡先をご記入いただく事で押印不用となります。

※手書きは認められません。

月審査分	請求金額	円
------	------	---

沖縄県に債権者登録されている銀行口座

口座振替申出表示	
金融機関の名称	〇〇銀行〇〇支店
預金の種類	普通預金
口座番号	12345
口座名義	〇〇〇〇