

特定疾病振込口座連絡票

医療機関と院外薬局の自己負担額の合計が、自己負担限度額 1 万円（※1）を超える場合、自己負担限度額を超えた分が払い戻しとなりますので、下記に振込先を御記入ください。

（※1）人工腎臓を実施している慢性腎不全の人のうち、70 歳未満で年間所得が 600 万円を超える世帯につきましては、自己負担限度額は 2 万円です。

振込先金融機関	口座番号		普通・当座
銀行	フリガナ		
信用金庫	名義人		
農協			