

## 小児慢性特定疾病療養費請求書

年 月 日

沖縄県知事 殿

請求者住所

ふりがな  
氏 名

(印)

受給者との続柄( )

小児慢性特定疾病の療養費を  
下記のとおり請求します。

※決定金額 円

口座振替申立表示	
銀行名	銀行 支店
預金の種類	
口座番号	
口座名義	

### 小児慢性特定疾病療養費領収済証明 (医療機関記入)

受給者氏名		公費負担医療 の受給者番号	
保険者負担	1. 国保 2. 社保 3. 老人保健 ( 9割 8割 ・ 7割 ・ その他 )	高額療養費特例 (1万円負担)	1. 適用有 2. 適用無
年月分	入外区分 (診療日数)	当該疾病に係る 総医療点数	自己負担額(円)
年 月	入院・外来 ( )日	診療分 食事分	( )
年 月	入院・外来 ( )日	診療分 食事分	( )
年 月	入院・外来 ( )日	診療分 食事分	( )
計			

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地  
及び名称

代 表 者

(印)

- (申請者の方へ) ・請求者氏名と口座名義人は、必ず同一にしてください。  
 ・領収済みを医療機関で記入してもらい、領収書のコピーと振込先通帳の表のコピーを添付して、保健所へ提出してください。
- (医療機関の方へ) ・証明していただく医療費は、対象疾病に係る医療費に限ります。  
 ・入院の場合は、診療分と食事療養費分を別掲でご記入ください。  
 ・太枠 ※ の中は記入しないでください。