

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。

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		

※決定金額 円

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		
所得(適用)区分	ア・イ・ウ・エ・オ I・II・III・IV・V・VI				
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)	※療養費 決定金額
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。

・太枠 ※ の中には記入しないでください。

・領収済証明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等も添付し、保健所へご提出ください。

(医療機関の方へ)

・証明していただく医療費は、小児慢性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 ※ の中には記入しないでください。