

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
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			
年 月	入院・外来 ( )日		( )	
	食事分			
年 月	入院・外来 ( )日		( )	
	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

請求者（保護者）記入欄

通帳に記載されている情報を元にご記入ください。  
 債権者登録申請書に記入する内容と同一にしてください。

医療機関記入欄

医療機関が領収済みの金額をご記入ください。

( )内は、医療機関が領収済みの金額のうち、小児慢性特定疾病に係る月額自己負担上限(限度)額に基づき徴収した金額がある場合ご記入ください。

※単純に同制度を適用せず、徴収している場合は( )内は記入不要。

- (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 ※ の中は記入しないでください。