

小児慢性特定疾病医療費請求書

佐賀県知事様

年 月 日

請求者	住所	〒						
	氏名	Tel () -						
振込先	金融機関名	銀行					支店	
	預金種別	普通・当座	口座番号					
	ふりがな 口座名義人							

金 円也

ただし、小児慢性特定疾病医療費として請求します。

(内 訳)

受診者	住所							保険の種類別	協会・組合・共済・国保			
	氏名								自己負担割合	2割 ・ 3割		
	疾病名											
受給者番号								左記のとおり、小児慢性特定疾病医療費を 領収済であることを証明します。 年 月 日 (医療機関等) 所在地 名称 代表者				
受療期間	年 月 ~		年 月		診療分							
日数 (日)	総医療費 (基準額) (円)		一部負担金 (標準負担額・基本 利用料) (円)									
医療費	入院											
	通院											
薬剤負担												
食事療養												
訪問看護												
合計				①								
患者一部負担				②								
高額療養費等				③								
請求額 (①-②-③)												

※領収書を添付してください。領収書がない方は、医療機関等で領収済の証明をもらってください。

※高額療養費を受給される金額である場合は、受給後、受給を確認できる書類（通帳の写しや払込通知書）を添えて請求してください。

※請求者と口座名義人が異なる場合には、委任状を添付してください。

※お預かりした個人情報厳重に管理し、小児慢性特定疾病医療費請求のために使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。