

小児慢性特定疾病医療費請求書

明石市長 様

年 月 日

年 月分の小児慢性特定疾病医療費（公費負担分）を請求します。

請求額 _____ 円 （市が記入します）※

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----------|-----------|------|----|-------|-------------|---|---|
| 受診者 | 公費負担者番号 | | | | 受給者番号 | | | |
| | ふりがな | | | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 受給者証の有効期間 | 年 月 日 ~ | | | 年 月 日 | | | |
| 申請者 (口座 座 名 義 人) | ふりがな | | | | | 受診者との 続柄 | | |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | 電話番号 - - | | |
| | 金融機関名 | 銀行 ・ 信用金庫 | | 本店 | | ・ 普通 | | |
| | | 農協 ・ 信用組合 | | 支店 | | ・ 当座 | | |
| | 店番号 | | 口座番号 | | | | | |

※太枠内を記入してください。

| 医療費証明額欄（10円単位で記入してください。） | | | | ※市使用欄 | |
|--------------------------|----------|-----------------------|--------------------------|-----------|---------------|
| 区分 | 日数 回数 | 社会保険診療報酬請求による 総医療費 | 患者負担額 (医療保険における標準負担額) | 患者一部負担対象額 | 月額自己負担 上限額 |
| 入院時食事療養費 (標準負担額) | | 標準負担額 (例260円) | 円 | 円 | |
| 入院医療費 | | 円 | 円 | | |
| 通院医療費 | | 円 | 円 | | |
| 院外処方による 調剤薬局 | | 円 | 円 | | |
| 訪問看護 療養費 | | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 合計額 ¥ | | | 円 | 円 | |

| | | | |
|------------|-------------|------------|---------------|
| 入院証明 期間 | 年 月 日 ~ 同 月 | 受診日 調剤日 | 年 月 |
|------------|-------------|------------|---------------|

上記の患者負担額を領収したことを証明します。

年 月 日 医療機関（保険薬局） 印