

小児慢性特定疾病医療費請求書

栃木県知事 様

年 月 日

小児慢性特定疾病医療費について、別添の療養証明書に基づき次のとおり請求します。

○請求者情報

住所	〒							
		都 道 府 県						
	マンション・アパート名など							
フリガナ				受給者との関係				
氏名				電話番号				
振込先口座情報	(金融機関名)		銀行 信用金庫 労金	(店名)			支店 本店 出張所	
預金種目	普通・当座	口座番号						
フリガナ								
口座名義人								

○受給者情報（請求月における加入保険情報を記入してください。）

受給者番号		受給者氏名	
受給者加入保険名		被保険者氏名	
記号及び番号		自己負担割合	2割・3割

請求月において加入保険の変更があった場合には、変更前の情報を下記に記入してください。

受給者加入保険名		被保険者氏名	
記号及び番号		自己負担割合	2割・3割

※下記は受給者と請求者が異なる場合のみ、ご記入ください。

ただし、受給者が未成年で請求者が保護者の場合には記入不要です。

委任状

私（受給者）は、上記請求者に対し、小児慢性特定疾病医療費の請求及び受領を委任します。

年 月 日

受給者 住所 〒

氏名

《注意事項》

- ※ 子ども医療費助成制度に係る自己負担分の料金は、この請求書ではお支払いできませんので、お住まいの市町に直接お問い合わせください。
- ※ 請求時には、医療機関等が記載した療養証明書（別紙様式第5号別添）、受給者証、自己負担上限額管理票、保険情報の確認書類（資格情報のお知らせ等）、振込先口座の通帳、同意書等の必要書類を揃えてご提出ください。

支給決定額（※県記入欄）

円

小児慢性特定疾病医療費請求書

栃木県知事 様

令和 8 年 3 月 1 日

小児慢性特定疾病医療費について、別添の療養証明書に基づき次のとおり請求します。

○請求者情報

住所	〒	1 2 3 - 4 5 6 7							
	栃木	都道 府県	宇都宮市塙田〇-△-□						
	マンション・アパート名など とちまるタワー〇〇号室								
フリガナ	トチギ タロウ		受給者との関係	父					
氏名	栃木 太郎		電話番号	090-1234-5678					
振込先口座情報	(金融機関名) 〇〇	銀行 信用金庫 労金	(店名) △△	支店 本店 出張所					
預金種目	普通・当座	口座番号	0	1	2	3	4	5	6
フリガナ	トチギ タロウ								
口座名義人	栃木 太郎								

○受給者情報（請求月における加入保険情報を記入してください。）

受給者番号	0123456	受給者氏名	栃木 次郎
受給者加入保険名	〇〇健康保険組合	被保険者氏名	栃木 次郎
記号及び番号	012 34567	自己負担割合	2割・3割

請求月において加入保険の変更があった場合には、変更前の情報を下記に記入してください。

受給者加入保険名	××健康保険組合	被保険者氏名	栃木 花子
記号及び番号	999 99999	自己負担割合	2割・3割

※下記は受給者と請求者が異なる場合のみ、ご記入ください。

ただし、受給者が未成年で請求者が保護者の場合には記入不要です。

委任状

私（受給者）は、上記請求者に対し、小児慢性特定疾病医療費の請求及び受領を委任します。

令和 8 年 3 月 1 日

受給者 住所 〒 1 2 3 - 4 5 6 7
栃木県宇都宮市塙田●-▲-■
氏名 栃木 次郎

《注意事項》

- ※子ども医療費助成制度に係る自己負担分の料金は、この請求書ではお支払いできませんので、お住まいの市町に直接お問い合わせください。
- ※請求時には、医療機関等が記載した療養証明書（別紙様式第5号別添）、受給者証、自己負担上限額管理票、保険情報の確認書類（資格情報のお知らせ等）、振込先口座の通帳、同意書等の必要書類を揃えてご提出ください。

支給決定額（※県記入欄）

円