

小児慢性特定疾病医療費請求書 (医療保険用)

栃木県知事

様

年 月 日

〒

請求者 住所

電話番号 _____

(氏名ふりがな)

氏名 _____

受給者との続柄 ()

振込口座 金融機関名 (郵便局を除く) _____ 支店名 _____

預金種目 (普通) 口座番号 (請求者名義) _____

患者加入保険の種類 組・共・協・船・国・その他 (本人・家族)

※債権者コード
※住所コード
※金融機関コード

○組合健保、共済、国保組合の場合は下欄に必ず記入してください。
附加給付の有無 (有・無)
保険者名称及び番号 ()

※決定額
年 月
.....
年 月
.....
年 月

○申請者 (保護者又は成年患者) と請求者が異なる場合は、必ず記入してください。
私 (申請者) 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
〒
申請者 住所
氏名

年 月診療分の小児慢性特定疾病医療費 (医療保険分) として、次のとおり請求します。

Table with columns: 受給者番号, 受給者氏名 (患者氏名), 対象疾病名, 窓口支払額合計 ※附加給付等控除前の額, 請求額 ※附加給付等控除後の額. Includes '保険診療点数証明' section with dates and patient info.

←太線内は医療機関において記入してください

本書のとおり証明します。

年 月 日

所在地

医療機関等

名称

代表者名

TEL

- ・ ※欄は記入しないでください。
・ 黒色ボールペン又は黒インクを使用して、記入してください。 (鉛筆書き等では受理できません。)
・ 請求時には、加入する健康保険証、受給者証、振込先口座の預金通帳をご持参ください。
・ 高額療養費は、この請求書では支払えませんので、保険者 (健康保険証発行者) へお問い合わせください。
・ 保険診療点数証明欄は治療を受けた医療機関等において、記入を依頼してください。
・ 窓口支払い額が、一部負担の月額上限額に満たない場合は、お返しする額はありません。
医療機関等へのお願い
・ 保険診療点数証明欄は当該月の小児慢性特定疾病医療費の公費負担対象の点数と患者が実際に窓口で支払った金額について、それぞれ記入してください。
・ 複数月の診療分を記載する場合は、裏面に記入してください。

