

小児慢性特定疾病医療費請求書

年 月 日

(宛先) 松本市長

(〒 - )

請求者 住所  
(保護者) 氏名

印

受診者との続柄  
電話番号

年 月分の小児慢性特定疾病医療費を以下のとおり請求します。

請求額 \_\_\_\_\_ 円

受給者番号	受診者（対象患者）氏名	高額療養費 受給額	月額自己負担 上限額
		円	円

※欄は記入しないでください。

振込口座	銀行 支店	自己負担分	※
	普通・当座 番号		
(フリガナ) 口座名義人 氏 名	( )	支払確定額	※
			円

診療月	年 月	福祉医療請求（あり（ 円）・なし）	
保険診療	入院 日分（ 月 日 ～ 月 日）	点	
総点数	通院 日分（ 月 日 ～ 月 日）	点	
食事療養費 標準負担額	回 円	院外薬局 調剤総点数	回 点
訪問看護 基本利用料	日 回		
保険種別	協・組・共・国・国組 その他（ ）	保険負担 割合	7割 ・ 8割

小児慢性特定疾病医療費として、上記のとおり証明します（領収しました。）。

年 月 日

医療機関所在地

名 称

代表者

印

(上記対象患者) \_\_\_\_\_ 様

- 注) 1 小児慢性特定疾病医療費自己負担上限額管理票（様式第9号）及び領収書を添付してください。  
2 太枠の中は、医療機関で証明を受けてください。  
3 請求の対象となる医療費は、認定期間内の認定疾病にかかる医療費に限ります。