

審査決定金額
(この欄は記入しないこと)
円

小児慢性特定疾病医療費請求書(療養費払分)

茨城県 保健所長殿

請求者 住所
氏名 印
(記名押印又は自筆による署名)

受診者との続柄
電話番号

受診者氏名							
公費負担者番号							
受給者番号							
受給者証有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日						

(年 月分
年 月分
年 月分) を次のとおり請求します。

年 月 日

請求金額 円

〈請求内訳〉

医療機関等窓口での支払額(A)※	高額医療費受給額及びその他の医療費給付額(B)	自己負担限度額に係る額(C)	差引請求額(A-B-C)

※(A)欄は医療機関等における実際の支払額を記入して下さい。

〈振込先〉

金融機関名	銀行		支店				
口座種別・番号	普通・当座	No					
ふりがな							
口座名義人							

注意事項 1 添付書類

- ①領収書又は領収書の写
- ②療養証明書(様式11号)又はこれに準ずる医療機関又は保険薬局が発行する証明書,若しくは診療(調剤)報酬明細書(写)等
- 2 文書料等,保険対象外の費用及び高額医療費対象分については請求から除いて下さい。また,保険者等から医療費の給付がある場合も,請求から除いて下さい。なお,承認されている疾病以外の医療費についても請求できません。
- 3 請求者氏名と口座名義人は同一にしてください。
- 4 請求金額の訂正はしないで下さい。