

# 小児慢性特定疾病医療費請求書

長崎県知事 様

ご請求の際には請求月の『自己負担上限額管理票』を添付してください。

請求日 令和 年 月 日

請求者	住所	〒 _____ 電話番号( _____ )		
	フリガナ 氏名	_____ 印 受給者との続柄 ( _____ )		
振込先	金融機関名	銀行 _____ 支店 _____ 「金融機関」には ゆうちょ銀行・ 信用金庫・ 信用組合・ 連合会 を含みます。		
	預金種別	普通 ・ 当座 ( 貯蓄預金は指定できません)	口座番号	_____
	フリガナ 口座名義	_____		

小児慢性特定疾病医療費を下記のとおり請求します。

なお、請求内容について疑義が生じた場合には、関係機関に対する照会について同意します。

金 円

受給者番号	_____	フリガナ	_____	生年月日	_____
自己負担上限額	_____ 円	受給者氏名	_____	平成・令和	_____
				年 月 日	_____

福祉医療費助成制度等の対象者 (受給者の方で次に該当する場合は で囲んでください)	乳幼児 ・ 障害者 ・ 母子 ・ その他 [ _____ ] の対象者である
--	--

請求者と受領者(振込先の名義人)が異なる場合は、下記を記入してください

## 委任状

私(請求者)は、受領者(振込先の口座名義人)を代理人と定め、小児慢性特定疾病医療費の請求及び受領を委任します。

請求者 住所

受領者 住所

氏名

印

氏名

印

受給者との続柄( \_\_\_\_\_ )

## 注意事項

- この請求書は小児慢性特定疾病医療費の支給認定期間の開始日以降で、すでに支払った医療費のうち、自己負担上限額を超え、払い戻しがある方のみご提出ください。
- 請求書に医療機関等ごとの証明書(指定の様式)を添えてご請求ください。領収書ではご請求できません。
- ご請求の際には、この請求書と一緒に、請求月の『自己負担上限額管理票』をご提出ください。
- 自己負担上限額(月単位)が高額療養費制度の自己負担限度額を超えた場合、その超えた額については、保険者(健康保険証の発行元)に高額療養費の請求を行い、高額療養費の支給決定通知書の北-を添付のうえ請求してください。高額療養費は特定医療費(指定難病)の対象とはなりませんのでご注意ください。また、高額療養費制度については保険者(保険証の発行元)にお尋ねください。
- 請求金額以外の項目を訂正する場合は、必ず訂正印を押印してください。
- 金額欄は訂正できません。(訂正印でも不可です)
- この請求書は、住所地を管轄する保健所へ提出してください。

# 自治体記入欄

所得区分		円
高額療養費での自己負担限度額	入院	円
	外来	円
小児慢性特定疾病医療費における自己負担上限額		円

## 自己負担上限額管理票

日付	医療機関名	総医療費	受給者窓口支払額
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円

小計 A  円

## 小児慢性特定疾病医療費請求分

日付	医療機関名	総医療費	受給者窓口支払額

小計 B  円

合計 A + B  円 - 高額療養費による払戻し対象額  円 - 自己負担上限額  円 = 払戻し決定額  円