|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 小児慢性特定疾病医療費請求書年　　月　　日　　　　長野県知事　殿請求者※　住　所（〒　　－　　　）　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　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 | 受診者氏名（対象患者） | 現在 年齢※ | 高額療養費受給額 | 月額自己負担上限額 |
|  |  |  | 円 | 円 |

※受診者が18歳以上（成年患者）の場合、請求者は受診者本人となります。受診者本人による請求が難しく、ご家族等が請求者となる場合、委任欄をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 振込口座 | 銀行　　　　　　　支店 |
| 普通・当座　　　　口座番号 |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）口座名義人 | （　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療月 | 年　　月 | 福祉医療請求（　あり（　　　　）円・なし） |
| 保険診療総 点 数 | 入院　　　日分（　　月　　日　～　　　月　　日）　　　　　　点通院　　　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　　　　（上記対象受診者）　　　　　　　様 |

注）１　領収書及び自己負担上限額管理票の写し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。

（委任欄）受診者本人（18歳以上の成人患者に限る）による請求が難しい場合、ご記入ください。

|  |
| --- |
| 　長野県知事　殿受任者　氏名　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生　　委任者との続柄　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　私は、本請求の権限を上記の者に委任します。委任者（受診者）　氏名　　　　　　　 |