

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
(フリガナ) 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	院外薬局	回
	円	調剤総点数	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 _____