

# 小児慢性特定疾病医療費請求書

佐賀県知事 様

年 月 日

請求者	住所	〒 ( ) -							
	氏名	Ⓜ							
振込先	金融機関名	銀行						支店	
	預金種別	普通・当座	口座番号						
	ふりがな 口座名義人								

金 円也

ただし、小児慢性特定疾病医療費として請求します。

(内 訳)

受診者	住所							保険の種類別	協会・組合・共済・国保					
	氏名								自己負担割合	2割 ・ 3割				
	疾病名													
受給者番号								左記のとおり、小児慢性特定疾病医療費を 領収済であることを証明します。  年 月 日  (医療機関等) 所在地 名称 代表者 印						
受療期間		年 月 ~		年 月診療分										
医療費	入院 通院	日数	総医療費 (基準額)		一部負担金 (標準負担額・基本 利用料)									
		(日)	(円)		(円)									
薬剤負担														
食事療養														
訪問看護														
合計														
患者一部負担														
高額療養費等														
請求額 ( - - )														

領収書を添付してください。領収書がない方は、医療機関等で領収済の証明をもらってください。  
 高額療養費を受給される金額である場合は、受給後、受給を確認できる書類（通帳の写しや払込通知書）を添えて請求してください。  
 請求者と口座名義人が異なる場合には、委任状を添付してください。  
 お預かりした個人情報厳重に管理し、小児慢性特定疾病医療費請求のために使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。