

小児慢性特定疾病医療費等請求書

西宮市保健所長 様

年 月 日

受診者	公費負担者番号											受給者番号								
	フリガナ											生年月日	年 月 日							
	氏名																			
	受給者証の有効期間	年 月 日 ~										年 月 日								
申請者 (口座名義人)	フリガナ											受診者との								
	氏名											続柄								
	住所											TEL		-						
	金融機関名											銀行・信用金庫		本店		・普通				
												農協・信用組合		支店		・その他 ()				
	店番号					口座番号														
<p>_____年 _____月分の小児慢性特定疾病の医療費（公費負担分）を請求します。</p> <p style="text-align: center;">請求額 _____円</p>																				

※ 保護者が申請してください。(受診者が18歳以上の場合は、受診者が申請してください。)

医療機関証明欄 (領収書の添付がない場合) ※裏面の注意事項をご確認ください。

保険種別及び自己負担割合 (該当するものを○で囲む)	1. 協管 2. 組合 3. 共済 4. 国保 5. その他()	a. 本人 b. 家族	負担割合 ()割				
入院証明欄	年 月 日 ~ 同年 月 日						
通院・調剤等証明欄	年 月 日						
区分	日数 回数	医療費総額 (10割) 円	患者負担額 円	(保健所使用欄)			
				公費負担額 円	患者一部負担額 円	患者一部負担額 円	備考
入院医療費		円	円	円	円	円	
入院時食事療養費 (標準負担額)		(標準負担額) 円	(標準負担額×回数) 円	円	円	円	円
通院医療費		円	円	円	円	円	円
院外処方による 調剤報酬		円	円	円	円	円	円
訪問看護療養費 (基本利用料)		円	円	円	円	円	円
合計		円	円	円	円	円	円
上記の患者負担額を領収したことを証明します。				所在地 _____			
年 月 日				名称 _____			
指定小児慢性特定疾病医療機関				TEL _____			

委任状

受任者住所	
受任者氏名	

私こと、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

委任事項

小児慢性特定疾病にかかる医療費等の請求及び受領に関する一切の事項

委任者住所	
委任者氏名 (成年患者)	

受診者が18歳以上（成年患者）の場合、受診者本人が医療費等を請求する必要があります。

この委任状は、成年患者以外の方が、医療費等を請求する場合に必要です。

【医療費を請求される方へ】

- 1 医療機関等に支払った医療費が高額な場合、高額療養費の対象となることがありますので、保険者に請求してください。
- 2 領収書の内容について、保健所から医療機関に確認を行う場合がありますので、あらかじめご了承ください。
- 3 領収書を紛失した場合は、請求書の医療機関証明欄にて証明を受けてください。なお、証明を受けた場合、手数料を徴収される場合がありますが、その費用は請求者の負担となります。
- 4 申請から振込みまでには、数ヶ月かかる場合があります。

【医療機関等へのお願い】

- 1 この請求書の証明欄は、小児慢性特定疾病について治療を受けた患者様が、医療機関の窓口で支払った医療費を支給するために必要な事項について、医療機関からの証明をお願いするものです。
したがって、小児慢性特定疾病及び当該疾病に付随して発現する傷病以外の治療や、小児慢性特定疾病医療受給者証の有効期間外における治療等については対象外です。
- 2 証明は診療月ごとにまとめ1ヶ月につき1枚作成ください。また医療費は10円単位で記入ください。