

## 小児慢性特定疾病医療費請求書

年 月 日

大分県知事 殿

請求者住所 \_\_\_\_\_

請求者氏名 \_\_\_\_\_

受診者との続柄 ( ) \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

下記のとおり、小児慢性特定疾病医療費として請求します。

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

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。

受給者番号						
フリガナ 受診者氏名				生年月日	年 月 日	
住 所						
受給者証 有効期間	年 月 日 ~			年 月 日		
小児慢性特定疾病 医療費 自己負担上限額	円					
加入医療保険 ※該当する箇所 を○で囲む	種 別	協会けんぽ・健保組合・共済・国保・生活保護 / 本人・家族				
	保険者名					
	◎健保組合、共済の加入者は保険者に下記について確認の上、ご記入ください。 付加給付・付加金制度の有無（無・有） 有の場合は給付基準額（ _____ 円）					
市町村民税	市町村民税課税世帯 ・ 市町村民税非課税世帯					
振込先	金融機関名		本・支店（所）名		◎振込先は請求者又は委任を受けた方の口座に限ります。	
	口座種類		口座番号		名義人（フリガナ）	
	普通・当座					

- 1 この請求書には医療機関での証明書(小児慢性特定疾病医療費証明書(様式第9-2号))を必ず添付してください。**複数の医療機関を利用した場合は、それぞれの医療機関での証明が必要です。**
- 2 この請求書には、**小児慢性特定疾病医療受給者証、小児慢性特定疾病医療費自己負担上限月額管理票、医療保険証、及び、預金通帳**（金融機関名、振込口座情報が記載された部分）の写しを添付してください。
- 3 医療機関に支払った額(月単位)が高額療養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当該請求の対象となりませんので、保険者に高額療養費の請求を行ってください。
- 4 保険者が独自に実施する付加給付・付加金制度があり、本請求対象の患者からの領収額に適用される場合、当該領収額から当該制度による給付額を差し引いた額を請求額の算出に使用します。

以下、裏面にて印刷対応

例) 付加給付・付加金の給付基準額が 25,000 円 (超過額の 100 円未満は切り捨て) の場合

○年○月の入院に係る患者からの領収額 55,550 円

○月分は当該制度より 30,500 円の給付があるので、当該領収額から当該制度による給付額を差し引いた額は 25,050 円