

小児慢性特定疾病医療費請求書

福岡県知事 殿

令和 年 月 日

小児慢性特定疾病医療費として下記のとおり請求します。

請求金額		円	※決定金額		円
受診者	住所		生年月日	H・R	年 月 日
	氏名		自己負担 限度額		円/月
病名			受給者証 有効期間		年 月 日から
受給者番号					
請求する理由 (○で囲む)		I 医療費 1. 医療受診券の交付申請後、医療受診券を受領する前に支払った医療費（食事療養費）の払い戻し 2. その他() II 一部負担金 1. 同一月中に月額自己負担限度額を超えて支払った額の払い戻し 2. 高額かつ長期・人工呼吸器等装着者・重症患者に認定されたため、支払った一部負担金の払い戻し			
請求者 (保護者)	住所 (↑※受診者と異なる場合)				窓口受領印
	氏名 (受給者との続柄：)	(TEL)			

＜記入上の注意＞

- 請求者は上記の太枠内のみを記入し、※欄は記入しないこと。
- 別紙領収済証明書に、医療受診券有効期間内の医療費等について、医療機関で記入、証明してもらい、添付すること。
- 複数の医療機関を利用した場合の請求については、領収済証明書をそれぞれの医療機関で記入、証明してもらい、添付すること。
- 医療費領収書（原本）を添付すること。
- 振替先の口座がわかる通帳の写し等を添付すること。
- 健康保険からの給付がある場合は、保険（高額医療費等）が優先となる。

※支払額決定欄（県作成欄）					適用区分	
医療機関 区分	受療期間	医療費 公費負担額	入院時 食事療養費	患者一部 負担金	合計負担額	患者自己 負担済金
病・訪・調	年 月 日～ 日	円	回 円	円	円	円
病・訪・調	年 月 日～ 日	円	回 円	円	円	円
病・訪・調	年 月 日～ 日	円	回 円	円	円	円
病・訪・調	年 月 日～ 日	円	回 円	円	円	円
病・訪・調	年 月 日～ 日	円	回 円	円	円	円
計		円	円	円	円	円