

小 児 慢 性 特 定 疾 病 医 療 費 請 求 書										
請求者記入欄	公 費 負 担 者 番 号									
	受 給 者 番 号									
	小児慢性特定疾病の名称									
	受 診 者	フリガナ						生 年 月 日		
		氏 名						年 月 日		
		居 住 地 〒						電 話 番 号		
	振 込 先 口 座	金 融 機 関				銀 行 ・ 金 庫 信用組合・協同組合 その他（ ）			本 店 ・ 支 店	
口 座 番 号						普通 ・ 当 座				
口 座 名 義 人 （ カ ナ ）										
<p>小児慢性特定疾病医療費を請求します。 当該小児慢性特定疾病医療費は、上記の振込先口座に振り込んでください。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>神奈川県 保健福祉事務所長殿</p> <p style="text-align: right;">請求者 居 住 地 氏 名 電 話 番 号 受 診 者 と の 続 柄</p>										

小児慢性特定疾病医療費証明書											
診療年月	保険負担割合	適用区分 (限度額認定証やオンライン等で確認した場合必ず記入してください)	診療区分 (該当するものに○印を付けてください。)	診療日数 (食事回数)	月の総点数		事務処理欄 (記入しないでください。)				
					保険診療総点数のうち小児慢性特定疾病分 (A)	小児慢性特定疾病に係る受診者からの領収額 (B)	受診者一部負担相当額 (C)	B-C (D)	2割負担相当額 (A×2) (E)	B-E (F)	支給決定額
年 月	割		入院 外来 調剤 食事 訪問看護	日 (回)	点	円	円	円	円	円	円
年 月	割		入院 外来 調剤 食事 訪問看護	日 (回)	点	円	円	円	円	円	円
年 月	割		入院 外来 調剤 食事 訪問看護	日 (回)	点	円	円	円	円	円	円
年 月	割		入院 外来 調剤 食事 訪問看護	日 (回)	点	円	円	円	円	円	円
年 月	割		入院 外来 調剤 食事 訪問看護	日 (回)	点	円	円	円	円	円	円
<p>上記のとおり領収していることを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関 住所 (法人にあつては、主たる事務所の) 氏名 (所在地、名称及び代表者の氏名) ⑧</p>											