

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）						
	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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 神奈川県 保健福祉事務所長殿 <div style="text-align: right;">請求者 居住地 氏 名 電話番号 受診者との続柄</div>									

有 効 期 間 開 始 日	年 月 日 から
（医療機関等の方へ：受給者証をご確認ください）	

小 児 慢 性 特 定 疾 病 医 療 費 証 明 書											
医療機関証明欄	診療年月	保険負担割合	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	小児慢性特定疾病に係る受診者からの領収額 （B）	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）		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
	上記のとおり領収していることを証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 代表者氏名 <div style="text-align: right;">Ⓜ</div>										
担当部署、担当者名					連絡先電話番号（内線まで）						