

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				性 別		生 年 月 日			
		氏 名				男・女		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>										

備考 氏名を本人が自筆で記入したときは、押印を省略することができます。

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

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		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
	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										
担当部署、担当者名					連絡先電話番号（内線まで）						