

小児慢性特定疾病医療費等請求書

年 月 日

(宛先) 姫路市長

(請求者)

住所

氏名

対象者との続柄

電話番号

メールアドレス

令和 年 月分を下記のとおり請求します。

請求金額 円

公費負担者番号							
受給者番号							
受療対象者氏名							
承認期間	年 月 日		～	年 月 日			

証明額							
保険 (該当するものを○で囲む)		区分	日数 又は 回数	社会保険診療報酬請求による総医療費 (ア)	社会保険等負担分 (高額療養費を含む) (イ)	患者負担分 (ア) - (イ)	
種別	負担割合						
1 政 2 組		入院医療費		円	円	(円単位四捨五入)	
3 日 4 船	1 7割(入・通)	通院医療費		円	円		
5 共 6 国	2. 3割(入・通)	訪問看護療養費		円	円	円	
7 生 8 退	3 9割(入・通)	院外処方による調剤薬局		円	円	円	
a 本人	4 その他()	入院時食事療養費		標準負担額	/	(標準負担額 × 日数)	
b 家族		(標準負担額)		円		円	
合計						円	
上記のとおり相違ないことを証明します。							
年 月 日							
				所在地			
				医療機関 (指定訪問看護事業者)		名称	印
						電話	

(記入上の注意)

- 1 公費負担者番号及び受給者番号は、必ず記入してください。
- 2 証明額欄は、医療機関において記入してください。
- 3 高額療養費は保険者に請求し、高額療養費支給決定通知書を添付してください。