

# 《療養費請求書の記入について》

第6号様式

小児慢性特定疾患療養費請求書

平成 年 月 日

沖縄県知事 殿

請求者住所  
 ふりがな \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
 受給者との続柄 ( )

口座振替申立表示

銀行名	銀行	支店
預金の種類		
口座番号		
口座名義		

小児慢性特定疾患の療養費を下記のとおりに請求します。

※決定金額 円

小児慢性特定疾患治療費領収済証明 (医療機関記入)

受給者氏名			公費負担医療の受給者番号		
保険者負担	1. 国保 (9割)	2. 社保 (8割)	3. 老人保健 (7割)	4. その他	高額療養費特例 (1万円負担)
年月分	入外区分 (診療日数)		当該疾病に係る総医療点数	自己負担額	※療養費決定金額
年 月	入院・外来 ( 3 ) 日	診療分 食事分	30,000	2,100 ( 2,100 )	
年 月	入院・外来 ( ) 日	診療分 食事分		( )	
年 月	入院・外来 ( ) 日	診療分 食事分		( )	
計					

上記のとおり相違ないことを証明します。  
 平成 年 月 日

医療機関の所在地  
 及 び 名 称 \_\_\_\_\_  
 代 表 者 \_\_\_\_\_ (印)

保護者記入欄

医療機関記入欄

医療機関が領収済みの金額をご記入下さい。

( )内は、医療機関が領収済みの金額のうち、小児慢性特定疾患に係る月額自己負担限度額に基づき徴収した金額をご記入ください。(例：E階層の場合)

(申請者の方へ) ・請求者氏名と口座名義人は、必ず同一にしてください。  
 ・領収済み証明を医療機関で記入してもらい、領収書のコピーと振込先通帳の表のコピーを添付して、保健所へ提出してください。  
 (医療機関の方へ) ・証明していただく医療費は、対象疾病に係る医療費に限ります。  
 ・入院の場合は、診療分と食事療養費分を別掲でご記入ください。  
 ・太枠 枠内には記入しないでください。