

記入例

様式第2号(第2条関係)

小児慢性特定疾病医療費請求書

年 月 日

(宛先)

大津市長

小児慢性特定疾病に係る令和〇年〇月から令和〇年〇月までの療養費について、次のとおり請求します。

記入不要です。

請求金額 金 円

受給者証を参照して御記入ください。

受 診 者	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	有効期間	自 令和〇年 〇月 〇日	至 令和〇年 〇月 〇日
	ふりがな 氏 名	おおつ	たろう								
	自己負担 上限月額	大津	太郎						5, 000円		

請 求 者	住 所 (居住地)	〒520-xxxx 大津市〇〇町×番△号	(電話) 090-1234-5678		
	ふりがな 氏 名	おおつ いちろう 大津 一郎	大津		本人との続柄 父
	振替口座	大津 銀行 普通・当座	本店 支店 出張所	口座番号 123456	請求者氏名は受給者証に記載の保護者 の氏名を御記入ください。

注 1 振替口座は請求者の口座を御記入ください。
2

括して請求してください。
の支給を受けることができる場合は、あらかじめ
高額療養費の支給決定を受けた後、支給額が記載された支給決定通知書等を添付してください。

3 振込口座確認のため、銀行名、支店名、口座番号
を記入してください。

記入箇所を訂正する場合は、訂正部分を二重線で消した上、請求者印と同じ印の訂正
印が必要です。 例：一郎
津