

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____年____月から____年____月までの療養について、次のとおり請求します。

請求金額 金 _____ 円

受給者	受給者番号							有効期間	自	年	月	日
	ふりがな氏名							至	年	月	日	
	自己負担上限額	円										

請求者	住所(居住地)	〒 _____ (電話) — —											
	ふりがな氏名							本人との続柄					
	振替口座	銀行		支店出張所		*請求者名義の口座に振替します(請求者名と口座名義は同一としてください。)							
	普通・当座	口座番号											

- 注 1 小児慢性特定疾病医療費証明書及び領収書の写しを添付してください。
- 2 医療機関及び診療月が複数ある場合、それぞれの証明書を添付して、一括して請求してください。
- 3 該当する医療費を対象として高額療養費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。
- 4 振込口座確認のため、銀行名、支店名、口座番号、口座名義人が確認できる書類を添付してください。
- 5 請求金額は、担当課に確認の上記入してください。