

記入例

小児慢性特定疾病医療費請求書

令和△年 ○月 ×日

(宛先)
大津市長

小児慢性特定疾病に係る 令和△年 5月 から 令和△年 7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

受給者証を参照してご記入ください。

振替口座は請求者の口座をご記入ください。

受給者	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	有効期間	自 令和△年 5月 1日 至 令和△年 9月 30日
	ふりがな 氏名	おおつ 大津 はじめ								
	自己負担 上限額	5,000 円								

請求者	住所 (居住地)	〒520-0047 (電話) 090-1234-5678 大津市浜大津四丁目1番1号明日都浜大津2階									
	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			本店 支店 出張所		普通	当座	口座番号	123456	

- 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は、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、当課に確認の上記入ください。