

受付印

様式第8号

小児慢性特定疾病医療費等申請書兼請求書

尼崎市 長 あて

年 月 日

受診者	公費負担者番号	5	2	2	8	8	0	5	7	受給者番号							
	フリガナ										生年月日	年 月 日					
	氏名																
	医療証の有効期間	年 月 日 ~						年 月 日									
申請者 (口座名義人)	フリガナ										受診者との 続柄						
	氏名																
	住所																
	金融機関名													銀行・信用金庫	本店	普通	
														農協・信用組合	支店	当座	
	店番号					口座番号											
<p>年 月分の小児慢性特定疾病の医療費（公費負担分）を申請します。</p> <p>支給決定された医療費については、金融機関口座振込をもって、当方が受領したものと認めます。</p> <p>また、高額療養費支給決定通知書（該当する場合のみ）をあわせて提出します。</p> <p style="text-align: center;">請求額 ¥ _____ 円</p>																	

※申請は保護者（社保加入の方は被保険者、国保、国保組合加入の方は同じ保険に加入している扶養者）の方（受診者が18歳以上の方は受診者本人）が行ってください。

※処理欄（記入しないでください）

A 患者負担額	B その他給付金	C 自己負担上限額	D 入院時食事療養費 自己負担額	E 支給決定額 (A-B-C-D)

医療機関証明欄（領収書の添付がない場合）

保険種別及び自己負担割合 (該当を○で囲む)	1. 協会 2. 組合 3. 共済 4. 国保 5. その他 ()		a. 本人 b. 家族	負担割合 () 割	
区分	日数 回数	社会保険診療報酬請求 による総医療費	患者負担額	(保健所使用欄)	
				患者一部負担額	公費負担額
入院医療費		円	円	円	円
入院時食事療養費 (標準負担額)		(標準負担額) 円	(標準負担額×回数) 円	円	円
入院証明欄	年 月 日 ~ 同 月 日				
通院医療費		円	円	円	円
院外処方による 調剤薬局		円	円		
訪問看護療養費 (基本利用料)		円	円		
通院・調剤等証明欄	年 月 日				
合計					円
<p>上記の患者負担額を領収したことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">所在地 _____</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関（指定訪問看護事業者） 名称 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">TEL _____</p>					

【医療機関等へのお願い】

- この請求書の証明欄は、小児慢性特定疾病医療を受けた患者さんが、医療機関の窓口で支払った医療費を支給するために必要な事項について、医療機関からの証明をお願いするものです。
したがって、小児慢性特定疾病医療及び当該疾病に付随して発現する傷病以外の治療や、小児慢性特定疾病医療受給者証の有効期間以外における治療等については対象外となります。
- 記載に当たっては、診療月ごとに分けて証明してください。
- 医療費は、10円単位で記入してください。

【問合せ先】

尼崎市保健所 疾病対策課 電話 06-4869-3053 FAX06-4869-3049
〒660-0052 尼崎市七松町1-3-1-502 フェスタ立花南館5階