

小児慢性特定疾病医療費請求書

明石市長 様

年 月 日

年 月分の小児慢性特定疾病医療費（公費負担分）を請求します。

請求額 _____ 円 （市が記入します）※

受診者	公費負担者番号				受給者番号			
	ふりがな				生年月日	年	月	日
	氏名							
	受給者証の有効期間	年 月 日 ~			年 月 日			
申請者 (口座 名義 人)	ふりがな					受診者との 続柄		
	氏名							
	住所					電話番号 - -		
	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					

※太枠内を記入してください。

医療費証明額欄（10円単位で記入してください。）				※市使用欄	
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 (医療保険における標準負担額)	患者一部負担対象額	月額自己負担 上限額
入院時食事療養費 (標準負担額)		標準負担額 (例260円)	円	円	
入院医療費		円	円		
通院医療費		円	円		
院外処方による 調剤薬局		円	円		
訪問看護 療養費		円	円	円	円
合計額 ¥			円	円	

入院証明 期間	年 月 日 ~ 同月	受診日 調剤日	年 月
------------	------------	------------	---------------

上記の患者負担額を領収したことを証明します。

年 月 日 医療機関（保険薬局） 印