

小児慢性特定疾患治療研究費請求書(医療保険用)

栃木県知事

様

平成 年 月 日

請求者 住所

(略りぬ)

氏名

印

電話番号 _____ - _____ - _____

受給者との続柄 ()

振込口座

金融機関名(郵便局を除く) _____ 支店名 _____

預金種目 (普通) 口座番号(請求者名義) _____

患者加入保険の種類

組・共・協・船・国・退・その他(本人・家族)

組合健保、共済の場合は下欄に必ず記入してください。

附加給付の有無(有・無)

保険者名称及び番号()

債権者コード

住所コード

金融機関コード

決定額

平成 年 月診療分の小児慢性特定疾患治療研究費(医療保険分)として、次のとおり請求します。

受給者番号	受給者氏名 (患者氏名)	対象疾患名	窓口支払額合計 附加給付等控除前の額	請求額 附加給付等控除後の額

保険診療点数証明

(当月の医療保険対象総点数 点)

診療月 平成 年 月 (公費対象開始日 平成 年 月 日 ~)

(重症患者認定開始日 平成 年 月 日 ~)

(患者生年月日・年齢 年 月 日 : 歳)

公費負担対象点数(総点数)、金額 (対象疾患に要した医療費総額等)	左記のうち患者の窓口支払額	患者一部自己負担の月額限度額 (医療受給者証を参照)
入院 日 点	入院 円	入院 (円)
標準負担額(縛) 食 円	食事 円	外来等 (円)
外来 日 点	外来 円	
薬剤 日 点	薬剤 円	
基本利用料(調剤) 日 円	訪問看護 円	

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

医療機関等

所在地
名 称
代表者名
TEL

印

太線内は医療機関等において記入してください

- 欄は記入しないでください。
- 黒色ボールペン又は黒インクを使用して、記入してください。(鉛筆書き等では受理できません。)
- 請求時には、印鑑(簡易スタンプ印以外)、加入する健康保険証、振込先口座の預金通帳をご持参ください。
- 高額療養費は、この請求書では支払えませんので、保険者(健康保険証発行者)へお問い合わせください。
- 窓口支払額が80,100円を超える場合は、高額療養費該当分が発生する可能性があります。
- 高額療養費は、所得区分(一般・上位所得者・低所得者)により異なりますので、所得区分を確認の上、請求してください。
- 保険診療点数証明欄は治療を受けた医療機関等において、記入を依頼してください。
- 窓口支払額が、一部負担の月額限度額に満たない場合は、お返しする額はありません。
- ただし、調剤薬局での保険調剤、訪問看護ステーション等については、全額公費負担となります。

医療機関等へお願い

- 保険診療点数証明欄は当該月の小児慢性特定疾患治療研究の公費負担対象の点数と患者が実際に窓口で支払った金額について、それぞれ記入してください。

