

小 児 慢 性 特 定 疾 病 医 療 費 請 求 書											
請求者記入欄	公 費 負 担 者 番 号										
	受 給 者 番 号										
	小児慢性特定疾病の名称										
	受 診 者	フリガナ					生 年 月 日				
		氏 名					年 月 日				
		居 住 地					〒		電 話 番 号		
	振 込 先 口 座	金 融 機 関		銀行・金庫 信用組合・協同組合 その他（ ）			本店 ・ 支店				
				口 座 番 号					普通 ・ 当座		
				口 座 名 義 人（カナ）							
	小児慢性特定疾病医療費を請求します。 当該小児慢性特定疾病医療費は、上記の振込先口座に振り込んでください。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 神奈川県 保健福祉事務所長殿										
					請求者 居住地 氏 名 電話番号 受診者との続柄						

有 効 期 間 開 始 日	年 月 日 から
（医療機関等の方へ：受給者証をご確認ください）	

小 児 慢 性 特 定 疾 病 医 療 費 証 明 書													
医療機関証明欄	診 療 年 月	保 険 負 担 割 合	適 用 区 分 (限度額認定証やオンライン等で確認した場合は必ず記入してください。)	診 療 区 分 (該当するものに○印を付けてください。)	診 療 日 数 (食事回数)	月の総点数		小児慢性特定疾病に係る受診者からの領収額 (B)	事務処理欄（記入しないでください。）				
						保険診療総点数のうち小児慢性特定疾病分 (A)			受診者一部負担相当額 (C)	B-C (D)	2割負担相当額 (A×2) (E)	B-E (F)	支給決定額
	年 月	割		入院 外来 調剤 食事 訪問看護	日 (回)	点	点	円	円	円	円	円	円
	年 月	割		入院 外来 調剤 食事 訪問看護	日 (回)	点	点	円	円	円	円	円	円
	年 月	割		入院 外来 調剤 食事 訪問看護	日 (回)	点	点	円	円	円	円	円	円
	年 月	割		入院 外来 調剤 食事 訪問看護	日 (回)	点	点	円	円	円	円	円	円
	年 月	割		入院 外来 調剤 食事 訪問看護	日 (回)	点	点	円	円	円	円	円	円
上記のとおり領収していることを証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 代表者氏名													
担 当 部 署、担 当 者 名						連 絡 先 電 話 番 号 (内 線 まで)							