

小児慢性特定疾病医療費請求申請書

令和 年 月 日

広島市長様

申請者 住所 〒 ー

氏名

患者との続柄 ()

関係書類*1を添えて、次のとおり小児慢性特定疾病医療費(令和 年 月分)を請求します。

なお請求金額は、次の口座に振り込んでください。

なお、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を市が行うことに同意します。

受診者氏名	受給者番号	自己負担上限月額 (A)
		円

振 込 先 *5	金融機関名 及びコード	銀行 金庫 店 組合 農協 所			金融機関コード	店番
	預金種別	1 普通	2 当座	口座番号	(左詰記入)	
	(フリガナ) 口座名義人	()				

- *1 次のいずれかの書類を添付してください。
 診療内容の記載がある医療機関等発行の領収書(原本)
 診療報酬明細書等の診療内容を記載した書類の写し 及び 医療機関等発行の領収書
- *2 医療機関等とは、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションです。
- *3 医療機関等に支払った金額のうち、次のものは請求できません。
 保険給付外となっているもの(特別室使用料、文書料など)、承認された病気以外の治療費、補装具の代金など
- *4 医療保険で適用される高額療養費の自己負担限度額を超える場合は、まず保険者に高額療養費の請求をし、その支給決定通知又は証明書を添付して請求してください。
- *5 振込先は、申請者が口座名義人となっている口座です。

広島市使用欄 単位:円

区分	日数	支払状況	患者支払金額	2割負担相当額
通院	日	<input type="checkbox"/> 2割負担		
	日	<input type="checkbox"/> 3割負担		
	日	<input type="checkbox"/> 高額療養適用		
入院	日	<input type="checkbox"/> 2割負担		
	日	<input type="checkbox"/> 3割負担		
	日	<input type="checkbox"/> 高額療養適用		
保険調剤	日	<input type="checkbox"/> 2割負担		
	日	<input type="checkbox"/> 3割負担		
	日	<input type="checkbox"/> 高額療養適用		
訪問看護	日	<input type="checkbox"/> 2割負担		
	日	<input type="checkbox"/> 3割負担		
	日	<input type="checkbox"/> 高額療養適用		
合 計			B	C
高額療養費支給決定額 ※4			D	
食事療養費(<input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 半額)			E	
償還額合計	C が自己負担上限月額 A を超えていない場合			B-C
	C が自己負担上限月額 A を超えている場合			(B-C)+(C-A)-D+E