

小児慢性特定疾病医療費支給申請書

(新規・限度額超過)

請求者記入欄	ふりがな 受診者氏名		性別 男・女	受給者 番号								
	生年月日		年 月 日生		自己負担 限度額(月額)		円					
	医療費 振込先	銀行 支店		ふりがな 名 義	普通 当座 No							
小児慢性特定疾病医療費の給付を申請します 年 月 日 住 所 〒 氏 名 電 話 — — (宛先) 川崎市長												
医療機関証明欄	小児慢性特定疾病医療費支給証明書											
	病名			有効期間の始期		保険種別	1 国保	2 健保	3 その他			
				平成 年 月 日		負担割合	割					
	診療年月日		入通院の別	診療 実日数	保険診療総点数のうち 小児慢性特定疾病分		患者負担分		※支給決定額			
	年 月 日		入・通・食・薬	日	点		円		円			
	年 月 日		入・通・食・薬	日	点		円		円			
	年 月 日		入・通・食・薬	日	点		円		円			
	年 月 日		入・通・食・薬	日	点		円		円			
年 月 日		入・通・食・薬	日	点		円		円				
年 月 日		入・通・食・薬	日	点		円		円				
								小計		円		
上記のとおり相違ないことを証明します 年 月 日 医療機関名 所 在 地 〒 代表者名 電 話 — —												

※印は記入しないでください。(注) 記入する前に裏面を必ずお読みください。

保険の自己負担のうち基準額を超えた額については、保険組合から高額療養費として支給されます。

《請求書記入上の注意》

◎ 請求者記入欄

- ・請求者記入欄に必要事項をもれなく記入し、該当する項目を○で囲んでください。
- ・医療機関に医療機関証明欄を記入してもらってから提出してください。
文書料は自己負担となります。

※保険の自己負担のうち基準額を超えた額については、保険組合から高額療養費として支給されます。
高額療養費の支給を受ける場合は支給決定通知の写し等を提出してください。

◎ 医療機関記入欄

- ・医療機関記入欄に必要事項をもれなく記入し、該当する項目を○で囲んでください。
- ・点数証明欄には、保険診療総点数から小児慢性特定疾病以外の診療点数を差し引いた点数を記入してください。
- ・患者負担額には、総医療費から社会保険等負担分（高額療養費を含む）を差し引いた額を記入してください。