

小児慢性特定疾病医療費請求書

(年 月分)

山形県知事 殿

		年 月 日	
請求者	住所	〒 _____ Tel (_____) _____	
	氏名	(印)	
振込先	金融機関名	本・支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ 口座名義人		

※振込口座は請求者名義のものを記入してください。

金	円也
---	----

ただし、小児慢性特定疾病医療費として請求します。

受診者氏名		受給者番号							
自己負担 上限月額									

病院・診療所、薬局、訪問看護事業者における外来・入院費等 (入院時食事療養費を除く)		
診療等期間	指定医療機関名	窓口支払額 (円)
日～ 日		
合 計		
入院時食事療養費		
入院期間	指定医療機関名	窓口支払額 (円)
日～ 日		
日～ 日		
合 計		

添付資料：領収書の写し、高額療養費が支給される場合は支給決定通知書の写し、上限額管理票の写し

「小児慢性特定疾病医療費証明書」又は 診療報酬明細書 (レセプト) の写し

提示資料：振込先口座の通帳 (受付の際に確認させていただきます。)

そ の 他：記入欄が不足する場合は、別紙を添付してください。

【小児慢性特定疾病医療支援事業に係る医療費を請求される方へ】

1 医療機関、調剤薬局等で入院又は通院等により小児慢性特定疾病医療支援事業に係る医療費について、1月の自己負担上限月額を超えて支払った場合、小児慢性特定疾病医療費証明書(別紙様式第5号)に氏名、受給者番号等を記入し、医療機関等から証明を受けて提出してください。

なお、領収書、レシート等だけでは請求できませんので、必ず医療機関等から証明を受けてください。ただし、診療報酬明細書(レセプト)※の写しを添付できる場合は、証明書の添付を省略できます。

※「診療明細書」とは異なりますので御注意ください。

2 医療機関等に支払った医療費が高額な場合、高額療養費の対象となることがありますので、保険者に請求し、支給を受けてから請求を行ってください。

また、高額療養費の支給を受けた場合は、保険者からの支給決定書(写しでも可)を必ず添付してください。

3 原則として診療月ごとにまとめて請求してください。

4 県から医療費を支払った場合、保険者に通知する場合がありますので御承知おきください。

* 子育て支援医療など、県の医療制度を小児慢性特定疾病医療支援よりも先に利用した場合、小慢診療に係る医療費請求(償還払)ができなくなります。

詳しくは保健所までお問い合わせください。