

# 長野市小児慢性特定疾病医療費請求書

年 月 日

(あて先) 長野市長

(〒      -      )

請求者 住 所

(保護者) 氏 名

電話番号 (      ) -     

年 月分の小児慢性特定疾病医療費を以下のとおり請求します。  
 また、請求にかかり必要がある場合は、市長が私の加入する医療保険に医療保険上の高額療養費等に関する情報について照会することに同意します。

請求額 \_\_\_\_\_ 円

受給者番号	受給者氏名	請求者との続柄	高額療養費受給額	月額自己負担上限額
				円

振込口座	銀行・金庫・農協 支店	※自己負担分	円
	普通・当座 番号		
(フリガナ) 口座名義人氏名	(      )	※支払確定額	円

※印は記入しないでください。

(対象患者) \_\_\_\_\_ 様

診療月	年	月					
保険診療	入院	日分 (	月	日	～	月	日) 点
総点数	通院	日分 (	月	日	～	月	日) 点
食事療養費標準負担額		日	円	院外薬局調剤総点数			回数
訪問看護基本利用料		日	円	/			
保険種別	協・組・共・国			保険負担割合			7割 ・ 8割
	その他 (		)				

小児慢性特定疾病医療費として、上記のとおり証明します (領収しました)。  
 年 月 日

医療機関所在地  
 名 称  
 代表者

- 注) 1 領収書を添付してください。      2 太枠の中は、医療機関で証明を受けてください。  
 3 請求額は、認定期間内の認定疾病にかかる医療費に限ります。