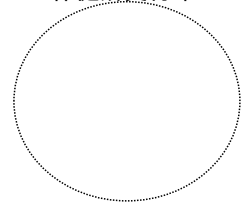


小児慢性特定疾病医療費請求書
(年 月分)



年 月 日

島根県知事様
次のとおり請求します。

金 円

請求額 = (② - (③又は①の小さい方)) ※ + ④ - ⑤
※ 0円未満の場合は0円とする

保健所 記入欄	債権者番号

住所

氏名

受給者
との続柄 ()

受給者氏名		受給者番号					
疾病名		自己負担上限額(円)		①			

入院時食事療養費以外

診療等期間	指定医療機関名	窓口支払額(円)	自己負担額(円) (2割負担分)
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
合計		②	③

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)	※自己負担額(円) 標準負担額の1/2
日～ 日			
日～ 日			
合計		④	⑤

- ※1 領収書原本(自己負担上限額管理票で確認できるものは省略可能)及び受給者証の写しを添付してください。(対象となる領収書は、認定された疾病にかかるもののみです)
- ※2 入院時食事療養費の自己負担額は、食事療養標準負担額の1/2です。
(受給者証に記載の公費負担者番号が「52327012」の場合は、自己負担は0円です)
- ※3 高額療養費の自己負担限度額を超えた額については、加入している医療保険から支給されます。
- ※4 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費 証明書

受診者氏名					受給者番号							
疾病名												
加入医療保険	協会・組合・国保・共済・生保・その他					保険負担割合			2割	3割		
診療年月日	区 分	総医療費 <small>(小児慢性特定疾病医療費助成の対象となる額)</small>			患者負担額 <small>(①の額に対する本人負担額)</small>			自己負担限度額 <small>(②が高額療養費の償還払対象となる場合のみ記入)</small>				
		①			②			③				
年 月 日 ～ 年 月 日	入院	円			円			円				
	食事療養費	円			円			円				
	外来	円			円			円				
	調剤・訪看	円			円			円				
年 月 日 ～ 年 月 日	入院	円			円			円				
	食事療養費	円			円			円				
	外来	円			円			円				
	調剤・訪看	円			円			円				
<p>上記のとおり小児慢性特定疾病医療費として相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定医療機関 所在地</p> <p style="text-align: center;">名称</p> <p style="text-align: center;">職・氏名</p>												

指定医療機関の方へ（記載にあたっての注意事項）

- 1 対象となる医療は、認定された疾病及び当該疾病に付随して発生する傷病に関する医療に限ります。
- 2 診療年月日は、受給者証に記載されている有効期間内に限ります。
- 3 支払証明者は、領収書発行者と同一とします。

入院時の食事療養標準負担額(1日3食を限度)

適用区分		標準負担額(1食につき)
一般		260円
住民税非課税	過去12ヵ月の入院日数が90日まで	210円
	過去12ヵ月の入院日数が91日以上 (91日目以降の入院から)	160円
(70歳以上の市町村民税非課税者で、所得が一定基準[年金収入80万円以下等]に満たない方)		100円