

特定医療費等請求書(指定難病・小児慢性特定疾病)

受付印

兵庫知事 様		令和 年 月 日	
請求者		受給者	
住所	(〒 -)	公費負担番号	2 8
フリガナ	★欄と同じであること	受給者番号	
氏名		受給者氏名	
TEL	- - 受給者との続柄	受給者生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
Email		受給者証有効期間	平・令 年 月 日～平・令 年 月 日
振込先	必ず請求者名義の口座を記入してください。		
口座名義	(カタカナ) ★		
金融機関	銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店 出張所 営業部	普通・当座・ 貯蓄・その他 ()
支店番号	口座番号		
平成・令和 年 月分の公費負担の対象となる医療費を下記のとおり請求します。			
請求額		¥	円

支給決定額欄 (県が記入します) ※ 円

医療費証明額欄 (10円単位で記入してください。)				※県使用欄		
保険自己負担割合	区分	日数回数	社会保険診療報酬請求による総医療費	患者負担額 (医療保険における標準負担額)	患者一部負担対象額	月額自己負担上限額
3割 2割 1割 その他 ()	入院時食事療養費 (標準負担額)		標準負担額 (例260円)	円	円	
	入院医療費		円	円		
	通院医療費		円	円		
	院外処方による調剤薬局		円	円		
	訪問看護療養費		円	円	円	円
	合計額 ¥			円	円	
入院証明期間	平成・令和 年 月 日～同 月 日		受診日調剤日	平成・令和 年 月 日		

受給者から上記の患者負担額を領収したことを証明します。

令和 年 月 日 所在地 医療機関(保険薬局) 名称 TEL Email

【特定医療費を請求される方へ】

- この請求書の太枠内をご記載ください。また、複数の月にかかる医療費を一度に請求する場合は、月ごとに一枚ずつの請求書をご記載ください。
- 入院時食事療養費の請求ができる方は、公費負担者番号が54285010、52287018及び52288016の方になります。
- この請求書は、必ず住所地の健康福祉事務所(保健所)へ提出してください。健康福祉事務所(保健所)に提出してから支払までに6ヶ月程度要します。支払は通帳記帳にてご確認ください。
- 請求される月にかかった特定医療費にかかる領収書の原本を、必ずすべてあわせて健康福祉事務所(保健所)にお持ちください。すでに返金をうけた医療機関における領収書も必要ですので、ご注意ください。

【医療機関の方へ】

- 医療費証明欄に記載される際は、点線左側をご記載ください。
- 証明期間が複数月にわたる場合は、月ごとに証明書をご記載ください。