

小児慢性特定疾病医療費請求書

年 月 診療分

受給者番号							
受診者氏名							

(静岡県記入欄)
公費支払決定額 円

区分	窓口徴収額	高額療養費	自己負担上限月額等	公費請求額
診療	円	円	円	円
食事療養費	円	円	円	円
保険調剤	円	円	円	円
訪問看護	円	円	円	円
計	円	円	円	円

受領方法 (口座振替)	金融機関名及び支店名	預金種別	口座番号	口座名義人(請求者)
請求の理由 (いずれかに○)	1 審査期間中に支払いをしたため。 2 自己負担上限月額が変更されたため。 3 複数の医療機関で自己負担上限月額を超える支払いをしたため。 4 その他 ()			

小児慢性特定疾病医療費として上記のとおり請求します。

年 月 日

静岡県知事 様

〒
住 所
請求者 氏が名

(受給者との続柄)

(電話番号)



(注) 1 診療月ごとに作成してください。2 請求者は、保護者としてください。
3 振替口座は、請求者名義のものとしてください。