

記入見本

小児慢性特定疾病医療費請求書

R〇年 〇月診療分

受給者番号	×	×	×	×	×	×	×
受診者氏名	御殿場 太郎 (患児)						

(静岡県記入欄) 公費支払決定額 記入しない 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)
債権者登録をされていない方は、「口座振替通知登録申出書」を提出する ※口座名義人と請求者は必ず同一とする				
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。

R〇年 〇月 〇日

静岡県知事 様

〒 〇〇〇〇〇〇  
住 所  
請求者 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇  
氏 名  
(受給者との続柄)

※受診者とは違うので注意  
原則 請求者=保護者=受給者=口座名義人  
成人患者は、患児本人を記入  
受給者との続柄は、基本的に「本人」  
例外：委任状で受給者以外が請求者の場合あり  
(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。

医療機関からの医療費証明書(様式6号)を参考に記入 ⇒ 裏面参照

窓口徴収額 : 窓口で支払った金額

高額療養費 : 医療保険の高額療養費制度を利用した場合  
自己負担額(医療費の3割又は2割) - 高額療養費自己負担限度額(適用区分による)

自己負担上限月額等 : 小児慢性受給者証の自己負担上限月額

公費請求額 部分 : 【6歳以上(就学後)】  
小児慢性負担分 1割 + 月額負担上限額を超えた分 を合算した金額  
※申請時に当月の負担上限額に達していた場合は、月額負担上限額を超えた分のみ

保険者 (7割)	小慢(1割)※	自己負担(2割) ※上限額未達の場合
月額負担上限額 超過分		

【6歳未満(就学前)】  
小児慢性負担分 月額負担上限額を超えた分

保険者 (8割)	自己負担(2割) ※上限額未達の場合
月額負担上限額 超過分	

様式第 5 号

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	① 円	② 円	③ 円	記入見本参照
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  
(いづれかに○)

- 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

様式第 6 号

小児慢性特定疾病医療費証明書

疾病の名称		診療期間 ( 年 月分 ) 日から 日まで			
医療保険 種別	給付 割合	内容	診療日数	社会保険診療報酬 請求明細書による 総 医 療 費	社会保険等 負担額 (高額療養費の現物給付 あり・なし)
		診 療			
		食事療養費			
		保 険 調 剤			
		訪 問 看 護			

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 日 日

所 在 地

医療機関・薬局  
訪問看護ステーション

高額療養費の現物  
給付ありの場合

様式第 10 号

小児慢性特定疾病医療受給者証

公費負担番号		交付年月日	
受給者番号		病 院	1 名称
氏名			2 所在地
住所			3 名称
生年月日			4 所在地
氏名		薬 局	1 名称
住所			2 所在地
電話番号			3 名称
保険者名		訪 問	1 名称
被保険者証記号番号			2 所在地
疾病名		世界内受給者	
有効期間		上記の通り決定する。	
自己負担上限月額		3 療養区分	静岡県 保健所長
入院時食費		軽度区分	