

相手方コード（新潟県記入欄）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

小児慢性特定疾病医療費請求書（療養費払）

新潟県知事 様

関係書類を添えて、____年____月分から____年____月分（ ____ヶ月分）の小児慢性特定疾病医療費の請求をします。また、この請求に関して、新潟県が必要に応じ医療機関に対し、照会することについて同意します。

請求者

フリガナ		患者との続柄	<input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 本人
氏名			<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
住所	〒	電話番号		

受診者 ※支払決定額欄の記載は不要です。

氏名	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ	受給者番号																		
請求金額	円	支払決定額 (新潟県記入欄)																		円

振込先金融機関 □口座名義人は請求者と同一になります。

金融機関名	銀行・農協 信金・信組	口座番号																		
支店名	支店 普通	口座名義人 (カナ)	カタカナで記入してください																	

委任欄 受診者の保護者又は成年患者以外の振込口座に入金を希望する場合は記入が必要です。

私（患者）は、上記請求者を代理人と定め、小児慢性特定疾病医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。

____年 ____月 ____日

委任者（受診者の保護者又は成年患者）
住所
氏名

添付書類	<input type="checkbox"/>	小児慢性特定疾病医療費証明書 (別記様式第 12 号の 2)	____	枚
	<input type="checkbox"/>	自己負担上限額管理票の写し		

保健所受理印

裏面の記入例もご確認ください

請求書記入例

請求者

フリガナ	ニイガタ ハナコ	患者	<input checked="" type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 本人
氏名	新潟 花子 押印不要	との続柄	<input type="checkbox"/> その他 ()
住所	〒 950-8570	電話番号	0 9 0 0 0 1 2 3 4 5 6
	新潟市中央区新光町4-1 ○○アパート ○号室		

受診者 ※支払決定額欄の記載は不要です。

氏名	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ 新潟 花子	受給者番号	0	1	2	3	4	5	6
----	--	-------	---	---	---	---	---	---	---

振込先金融機関 口座名義人は請求者と同一になります。

金融機関名	第四北越 銀行 ・農協 信金・信組	口座番号	ゆうちょ銀行の場合、 支店名は漢字の店名（例：一二八）、 口座番号は7桁を記入		
支店名	新潟駅前 支店 普通	口座名義人 (カナ)	ニイガタ タロウ		

口座番号や支店名は通帳などを見ながら正確に記入してください。

委任欄 受診者の保護者又は成年患者以外の振込口座に入金を希望する場合は記入が必要です。

私は、上記請求者を代理人と定め、小児慢性特定疾病医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。

年 月 日

委任者（受診者の保護者又は成年患者）

住所

氏名

- ・ 受診者が18歳未満の場合、受診者の保護者
 - ・ 受診者が18歳以上の場合、受診者本人
- 上記以外の方の口座に振込を希望する場合は記入

請求にあたっての留意事項

- 支給認定期間内の小児慢性特定疾病に関する治療で①自己負担上限月額を超えて医療費を負担した場合、②3割負担した場合、③入院時の食事代を自己負担した場合のいずれかに該当する場合は、償還払の対象となります。
- 「小児慢性特定疾病医療費証明書」は、指定医療機関ごとに作成してもらってください。
- お支払いする金額より、証明書の発行手数料が高くなる場合があります。
※発行手数料については、医療機関ごとに異なるため、作成依頼する医療機関へご確認ください。
- 高額療養費制度で払戻を受けることができる医療費は、この請求に含むことはできません。
※ 高額療養費制度の詳細については、ご加入の医療保険の保険者にお問い合わせください。