

小児慢性特定疾患治療研究費請求書

平成 年 月 日

宇都宮市長宛

請求者 住所 (〒)

宇都宮市

氏名 印 受給者との続柄 ()

Tel

振込口座 金融機関名 支店名

口座番号 普通・当座

口座名義 (フリガナ)

平成 年 月分の治療研究費として下記のとおり請求いたします。

保険の種類 政・組・船・共・国・その他
健保組合の場合のみ下欄に記入してください。
保険者名称及び番号

※¥

受給者番	受給者氏名	治療研究対象病名	窓口支払額合計 ※附加給付等控除前の額	請求額 ※附加給付等控除後の額

保険診療点数証明

診療月 平成 年 月分 (公費対象開始日 平成 年 月 日～)
(重症患者認定開始日 平成 年 月 日～)
(患者生年月日・年齢 年 月 日・ 歳)

公費負担対象点数 (総点数), 金額 (対象疾患に要した医療費総額等)	左記のうち患者の窓口支払額	患者一部自己負担の月額限度額 (医療受給者証を参照)
入院 日 点	入院 円	入院 (円)
標準負担額 (食事) 日 点	食事 円	外来等 (円)
外来 日 点	外来 円	
薬剤 日 点	薬剤 円	
基本利用料 (訪問看護) 日 点	訪問看護 円	

上記のとおり証明いたします。

平成 年 月 日

所在地 医療機関等 名称 代表者名 印

(太線内は医療機関等において記入してください。)

(注意事項)

- ・※欄は、記入しないでください。
- ・保険診療証明欄は、治療を受けた医療機関で記入していただく。
- 医療機関へのお願い
- ・保険診療点数証明欄は当該月の小児慢性特定疾患治療研究の公費負担対象の点数と患者が実際に窓口で支払った金額についてそれぞれ記入してください。
- ・シャチハタ等ではなく朱肉による押印をお願いします。
- ・記入の際は、黒色ボールペン又は黒インクをお願いします。
- ・振込口座は、請求者名義のものを記入してください。
- ・保険者名称及び番号は、保険証を見て記入ください。