

東大阪市小児慢性特定疾病医療費請求書

年 月分から 年 月分（ カ月分）の小児慢性特定疾病医療費
を下記のとおり請求します。

年 月 日

(宛先) 東 大 阪 市 長

※	医療費支給決定額 (東大阪市記入欄)	百万	十万	万	千	百	十	円
---	-----------------------	----	----	---	---	---	---	---

受 診 者	氏 名		受給者番号																	
	住 所																			
請 求 者 (保 護 者 ※)	フリガナ											受診者との続柄								
	氏 名											(印)								
	住 所	〒□□□-□□□□										TEL () (-)								
	送金用振替口座	銀行名	銀行	※	※	※	※	1. 普通・総合												
		支店	※	※	※	2. 当 座														
		(フリガナ) 口座名義人																		

送金用振替口座の欄には必ず請求者(※18歳以上の受診者は本人)名義の口座を記入してください。

*** 記入上の注意**

1. この請求書は、小児慢性特定疾病医療受給者証の有効期間内において、その月に支払った一部負担額の合計が、定められた月額自己負担限度額を超えた方のみ提出してください。
2. 太枠内のみ記入してください。※印の欄は記入しないでください。
3. 領収印、保険点数の記載がある領収書を、全ての医療機関（薬局・訪問看護ステーションを含む）について添付してください。
4. 領収書がない場合は、医療機関において小児慢性特定疾病医療費証明書を作成してもらってください。（証明書の文書料・手数料については請求者の負担になりますので、ご了承ください。）
5. 該当月の自己負担上限額管理票の写しを必ず添付してください。

請 求 額 計 算 書

※請求額は、必ず月別に計算してください。

診療月	請 求 の 明 細		
年 月分	医療機関支払額累計① (名称:) 円	医療機関支払額累計② (名称:) 円	医療機関支払額累計③ (名称:) 円
	医療機関支払額累計④ (名称:) 円	医療機関支払額累計⑤ (名称:) 円	医療機関支払額累計⑥ (名称:) 円
	①～⑥の支払額の合計 (A) 円	自己負担上限月額 (B) 円	差引請求額 (C=A-B) 円
年 月分	医療機関支払額累計① (名称:) 円	医療機関支払額累計② (名称:) 円	医療機関支払額累計③ (名称:) 円
	医療機関支払額累計④ (名称:) 円	医療機関支払額累計⑤ (名称:) 円	医療機関支払額累計⑥ (名称:) 円
	①～⑥の支払額の合計 (A) 円	自己負担上限月額 (B) 円	差引請求額 (C=A-B) 円
年 月分	医療機関支払額累計① (名称:) 円	医療機関支払額累計② (名称:) 円	医療機関支払額累計③ (名称:) 円
	医療機関支払額累計④ (名称:) 円	医療機関支払額累計⑤ (名称:) 円	医療機関支払額累計⑥ (名称:) 円
	①～⑥の支払額の合計 (A) 円	自己負担上限月額 (B) 円	差引請求額 (C=A-B) 円
年 月分	医療機関支払額累計① (名称:) 円	医療機関支払額累計② (名称:) 円	医療機関支払額累計③ (名称:) 円
	医療機関支払額累計④ (名称:) 円	医療機関支払額累計⑤ (名称:) 円	医療機関支払額累計⑥ (名称:) 円
	①～⑥の支払額の合計 (A) 円	自己負担上限月額 (B) 円	差引請求額 (C=A-B) 円
			差引請求額 (C) の合計
			円