

(太枠の中を記載して下さい。)

領収書提出枚数 \_\_\_\_\_ 枚

小児慢性特定疾病医療費に係る医療費請求書

平成 年 月分

小児慢性特定疾病医療費に係る医療費を下記のとおり請求します。

受給者番号			
受診者氏名			
保護者氏名 <small>※受給者証に記載されている方です</small>	印	受診者との続柄	
保護者住所			
振込指定口座 (上記の保護者様名義)	銀行	本店	
	信用金庫	支店	
	農業協同組合	支所	
	普通・当座	口座番号	
口座名義人 フリガナ			

平成 年 月 日

(あて先) 金沢市長

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

医療費自己負担月額総額 (A)	月額自己負担限度額 (B)	差引請求額 (A) - (B)
円	円	円

- (注) 添付書類
1. 医療機関が発行する領収書
  2. 1に記載された金額が当該事業にかかる費用である旨を証する書類
  3. 健康保険法各法の規定による付加給付の額を証する書類