

小児慢性特定疾病医療費請求書

年 月 日

福山市長様

請求者 住所

名前

㊞

受診者との続柄()

金 _____ 円

関係書類*1を添えて、次のとおり小児慢性特定疾病医療費(年 月分)を請求します。
また、請求するにあたり、その他医療制度の支給状況調査に同意します。

受給者番号					受診者名前			
疾病名								
指定医療機関								
医療保険区分	種 別		保険者名		保険負担割合			
	全国健康保険協会・健保組合 国保・船員・共済 その他()				<input type="checkbox"/> 7割 <input type="checkbox"/> 8割 <input type="checkbox"/> その他()			
診療区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤(院外処方) <input type="checkbox"/> 訪問看護		診療日数					日
診療報酬明細書 による総医療費 A	医療保険負担額	自己負担限度額	食事療養費		請 求 額			
	B	C	D		E=(A-B-C)+(D×1/2)			
円	円	円	(回分)		円			

*1 必要添付書類

- 小児慢性特定疾病医療費明細
- 医療機関等発行の領収書

【福山市処理欄】

$$\left(\begin{array}{c} \text{医療費自己負担額} \\ \phantom{\text{医療費自己負担額}} \end{array} \right) \text{円} - \left(\begin{array}{c} \text{自己負担限度額} \\ \phantom{\text{自己負担限度額}} \end{array} \right) \text{円} = \left(\begin{array}{c} \text{還付金額} \\ \phantom{\text{還付金額}} \end{array} \right) \text{円}$$

$$\left(\begin{array}{c} \text{食事自己負担額} \\ \phantom{\text{食事自己負担額}} \end{array} \right) \text{円} - \left(\begin{array}{c} \text{自己負担限度額} \\ \phantom{\text{自己負担限度額}} \end{array} \right) \text{円} = \left(\begin{array}{c} \text{還付金額} \\ \phantom{\text{還付金額}} \end{array} \right) \text{円}$$