

別記様式第1号（第2条関係）

小児慢性特定疾病医療費請求書

年 月 日

(宛先)
滋賀県知事

請求金額 金 円

小児慢性特定疾病に係る_____年_____月から_____年_____月までの療養について、下記のとおり請求します。

受 給 者	受給者番号								自 年 月 日
	ふりがな 氏 名	有効期間 至 年 月 日							
	自己負担 限 度 額	円							

請 求 者	住 所 (居 住 地)	〒	(電話) ー ー		
	ふりがな 氏 名				本 人 と の 続 柄
	振 替 口 座	銀行		支店 出張所	*請求者名義の口座に振替します（請求者名と口座名義は同一としてください。）。
		普通 ・ 当座	口座番号		

注1 小児慢性特定疾病医療費証明書を添付してください。

- 2 医療機関および診療月が複数ある場合は、それぞれの証明書を添付して、一括して請求してください。
- 3 該当する医療費を対象として高額療養費の支給を受けることができる場合は、あらかじめ高額療養費の支給決定を受けた後、支給額が記載された支給決定通知書等を添付してください。
- 4 振替後の通知は行いませんので、御承知おきください。