

小児慢性特定疾病医療費請求書

令和 年 月 日

(あて先) 宇 都 宮 市 長

請求者 住 所 (〒 -)

宇都宮市

氏 名

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)

年 月分の医療費として下記のとおり請求いたします。

※¥

・保険の種類：

☐ 宇都宮市(国民健康保険)

☐ 全国健康保険協会

支部

☐

(健康保険組合・共済組合)

・保険者番号：

・記号：

・番号：

受給者番	受給者氏名	医療費助成対象病名	窓口支払額合計 ※附加給付等控除前の額	請求額

保険診療点数証明

診療月

年 月分

(公費対象開始日

年

月

日～

)

(重症患者認定開始日

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 (対象疾病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
標準負担額(食事)	食	円	食事	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。

令和 年 月 日

所在地

医療機関等

名 称

代表者名

印

(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もらってください。

・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。

○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病医療費助成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。

・振込口座は、請求者名義のものを記入してください。

・保険者名称及び記号・番号は、保険者の発行する資料を見て記入してください。

提出先 宇都宮市子ども部子ども支援課
連絡先 028-632-2296

(太線内は医療機関等において記入してください。)

小児慢性特定疾病医療費請求書

令和 年 月 日

(あて先) 宇都宮市長

請求者 住所 (〒320-8540)

宇都宮市 旭1丁目1番5号

氏 名 宇都宮 太郎

受給者との続柄 (父)

Tel 028-632-2789

振込口座

金融機関名 〇〇銀行

支店名 〇〇〇支店

申請者名義の口座を
ご指定下さい。

口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇

普通・当座

口座名義(フリガナ) ウツノミヤ タロウ

〇年 〇月分の医療費として下記のとおり請求いたします。

↓金額は記入しないでください。

※¥

- 保険の種類：
 - ☐ 宇都宮市(国民健康保険)
 - ☒ 全国健康保険協会 〇〇支部
 - ☐ (健康保険組合・共済組合)
- 保険者番号：〇〇〇〇〇〇
- 記号： 〇〇〇〇 ・番号：〇〇〇〇

受給者番号	受給者氏名	医療費助成対象病	窓口支払額合計 ※附加給付等控除前の額	請求額
			↓金額は記入しないでください。↓	

受給者証を提示して、受診医療機関又は薬局
に太線内の記入を依頼してください。

証 明

診療月 年 月 分 (公費対象開始日 年 月 日～)
(重症患者認定開始日 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 (対象疾病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 標準負担額(食事) 食 円 外来 日 点 薬剤 日 点 基本利用料(訪問看護) 日 点	入院 円 食事 円 外来 円 薬剤 円 訪問看護 円	入院 (円) 外来等 (円)

上記のとおり証明いたします。

令和 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もらってください。
- 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。
- 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病医療費助成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。

- 振込口座は、請求者名義のものを記入してください。
- 保険者名称及び記号・番号は、保険者の発行する資料を見て記入してください。

提出先 宇都宮市子ども部子ども支援課
連絡先 028-632-2296

