

神戸市長 宛		令和 年 月 日	
請求者(保護者・被保険者・預金口座の名義人) (〒 -)		公費負担者番号	
住所		受給者番号	
フリガナ () 氏名		受診者氏名	
TEL - -		保険種別	1. 全国健康保険協会 2. 健康保険組合 3. 共済組合 4. 国民健康保険
受診者との続柄 ()		受給者証有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
振込先金融機関 ()		銀行・金庫・農協・組合 支店(支店番号)	
預金口座種別 普通・当座		口座番号	
口座名義(か)			
年 月分の公費負担の対象となる医療費を下記のとおり請求します。			
請求額 円			
医療費等証明額欄(領収書を添付する場合は、下記の証明は必要ありません。)			
自己負担割合	3割	2割	
診療日	区分	日数 回数	社会保険診療報酬 請求による総医療費
年 / ~ /	入院		円
年 / ~ /	入院時食事療養費 (標準負担額)		円
年 / ~ /	通院		円
年 / ~ /	院外処方による 調剤薬局		円
年 / ~ /	訪問看護療養費 (基本利用料)		円
上記の患者負担額を領収したことを証明します。			
令和 年 月 日	所在地		
医療機関(指定訪問看護事業者等)	名称	®	
	TEL		

(記入上の注意)

- 各診療月ごとに請求してください。また、医療受給者証のコピーを必ず添付してください。
- 同一月に小児慢性特定疾病の治療のため受診した承認医療機関等が発行する全ての領収書が必要となります。
- 太枠内を記入してください。領収書を紛失された場合は、医療費等証明額欄に医療機関等の証明を記入してもらってください。
- 健康保険組合や共済組合にご加入の場合、保険者に付加給付の有無を確認のうえ、有りの場合は先に保険者に証明(様式10号-2療養費支給証明願)を受けてから、添付のうえ請求してください。
- 高額療養費の対象になる場合は、先に加入保険者に請求してから、高額療養費決定通知書を添付のうえ請求してください。
- 支払額は、小児慢性特定疾病の公費負担の対象となる金額から、自己負担額、高額療養費、付加給付などを差し引いた後の金額になります。