

小児慢性特定疾病医療費償還払請求書

公費負担番号		患者氏名								
受給者番号										
病名										
発病年月日	年	月	日	診療開始日	年	月	日			
現物給付を受けられなかった理由	1. 申請中であつたため 2. その他() *あてはまる番号を○で囲んでください。									
診療を受けている医療機関名										
請求金額	円	請求期間	自	年	月	日	至	年	月	日
振込先金融機関名		預金		口座						
及び支店名	支店	種別		番号						
振込先口座名義	(注)振込先口座名義は、「請求者氏名」と同じになるようにしてください。									
上のとおり小児慢性特定疾病療養費を請求します。										
令和 年 月 日										
住所 フリガナ 請求者氏名 ㊦ (保護者)										
徳島県知事 殿										
※ 住所 上の金額の受領を 氏名 ㊦ に委任します。										
令和 年 月 日										
氏名 ㊦										

- この用紙に小児慢性特定疾病医療費領収書(様式第8号)を添付してください。
- 振込先口座名義が「請求者氏名」とやむを得ず違う場合は、※の欄に御記入ください。
- 患者が未成年者の場合は、保護者が申請者になってください。
- 詳しい請求方法については、各保健所までお問い合わせください。