

| 小児慢性特定疾病医療費支給申請書   |           |           |       |  |  |       |  |              |  |  |  |  |  |   |             |       |  |       |  |  |       |      |  |  |  |
|--|-----------|-----------|-------|--|--|-------|--|--------------|--|--|--|--|--|---|-------------|-------|--|-------|--|--|-------|------|--|--|--|
| 小児慢性特定医療費医療受給者証  | 受給者番号     |           |       |  |  | 交付年月日 |  |              |  |  |  |  |  |   |             |       |  |       |  |  |       |      |  |  |  |
|  | 住所        |           |       |  |  |       |  |              |  |  |  |  |  |   |             |       |  |       |  |  |       |      |  |  |  |
|  | フリガナ氏名    |           |       |  |  |       |  |              |  |  |  |  |  |   |             |       |  |       |  |  |       |      |  |  |  |
|  | 加入医療保険    | 保険の種別     |       |  |  |       |  |              |  |  |  |  |  |   |             |       |  |       |  |  |       |      |  |  |  |
|  |           | 被保険者証発行機関 |       |  |  |       |  |              |  |  |  |  |  |   |             |       |  |       |  |  |       |      |  |  |  |
|  | 疾病名       |           |       |  |  |       |  |              |  |  |  |  |  |   |             |       |  |       |  |  |       |      |  |  |  |
| 指定医療機関   |           |           |       |  |  |       |  |              |  |  |  |  |  |   |             |       |  |       |  |  |       |      |  |  |  |
| 療養費  | 医療費総額     |           |       |  |  |       |  |              |  |  |  |  |  |   |             |       |  |       |  |  |       |      |  |  |  |
|  | 医療保険負担差引額 |           |       |  |  |       |  |              |  |  |  |  |  |   |             |       |  |       |  |  |       |      |  |  |  |
|  | 自己負担限度額   |           |       |  |  |       |  |              |  |  |  |  |  |   |             |       |  |       |  |  |       |      |  |  |  |
|  | 申請(請求)金額  |           |       |  |  |       |  |              |  |  |  |  |  |   |             |       |  |       |  |  |       |      |  |  |  |
| <p>上記のとおり関係書類を添付して申請(請求)します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請(請求)者 住所<br/>氏名 氏名 印</p> <p style="text-align: center;">鳥取県知事 様</p> <p style="text-align: center;">下記の口座に振り込んでください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 15%;">フリガナ<br/>口座名義</td> <td colspan="5"></td> <td rowspan="3" style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">印</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">振込先<br/>金融機関</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">銀行・農協</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">支店・支所</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">当座・普通</td> <td style="text-align: center;">口座番号</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> |           |           |       |  |  |       |  | フリガナ<br>口座名義 |  |  |  |  |  | 印 | 振込先<br>金融機関 | 銀行・農協 |  | 支店・支所 |  |  | 当座・普通 | 口座番号 |  |  |  |
| フリガナ<br>口座名義   |           |           |       |  |  | 印     |  |              |  |  |  |  |  |   |             |       |  |       |  |  |       |      |  |  |  |
| 振込先<br>金融機関  | 銀行・農協     |           | 支店・支所 |  |  |       |  |              |  |  |  |  |  |   |             |       |  |       |  |  |       |      |  |  |  |
|  | 当座・普通     | 口座番号      |       |  |  |       |  |              |  |  |  |  |  |   |             |       |  |       |  |  |       |      |  |  |  |

※添付書類

- ・診療証明書(様式第9号別紙)又は自己負担上限額管理票の写し
- ・治療費の額を証明する領収書等
- ・医療保険各法の規定による薬局での保険調剤については、処方箋の写し
- ・訪問看護事業所等による訪問看護料については、医師の訪問看護指示書の写し