|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 小児慢性特定疾病医療費請求書様式第１１号　　年　　月　　日　香川県知事　　　　　　　　　　殿請求者　住所　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　電話番号　　　　受診者との続柄　　　　　年　　月分の小児慢性特定疾病医療費を下記のとおり請求します。（アラビア数字で記載し、頭書に￥の記号を付し、訂正しないでください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　額 |  | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |

 |
| 受給者番号 |  | 受診者氏名 |  |
| 受診医療機関名 |  | 受診医療機関名 |  |
| 受診医療機関名 |  | 受診医療機関名 |  |
| 加入医療保険 | 被保険者氏名 |  | 受給者との続柄 |  |
| 保険種別(○で囲む) | 全国健保・健組・共済・船員・国保・国組 | 本人・家族の別 | 本人　・　家族 |
| 被保険者証の記号・番号 |  | 被保険者証発行機関名 |  |
| 支払の方　法 | 口　座振替払□ | 　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　（支）店 | 現金払 | 隔地払(県外送金)□ | 小切手払□ |
| 口座番号 | 当座□ | 普通□ |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ |
| 　　　（フリガナ）　　　口座名義　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　お願い１　この請求書に添えて、医療費申告書と医療費証明書を提出してください。２　希望する支払方法の□の箇所にレ印を付してください。３　口座振替払は、預金口座のある金融機関の店舗名、口座番号及び口座名義を記載してください。４　現金払は、指定金融機関（百十四銀行）の店舗名を、記載してください。

|  |
| --- |
| 印 影 届 |

５　請求者と受領者が委任により異なる場合は、受領権限についての委任状を添付してください。６　印影届は、現金払の場合に請求印と同じ印（代理受領者にあっては、代理受領者　の印）を押してください。**※請求書を押印しない場合は、責任者及び担当者の氏名並びに連絡先の記載が必要となります**。　　　年　月分小児慢性特定疾病医療費申告書（裏）（様式第１１号）住所氏名小児慢性特定疾病「　　　　　　　　　」に係る医療費については、下記のとおりです。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診日 | 病院・薬局などの名称 | 医療費の内訳 |
| 治療内容・医療品名など | かかった医療費（円）（１０割分） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合　　計 |  |

１　「　　」にはかかっている疾病名をご記入ください。２　かかった医療費（１０割分）については、当該疾病の治療にかかった医療費を計上してください。 |