|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |