

小児慢性特定疾病医療費請求書（訪問看護療養費分）

年 月 日

愛知県知事殿

請求者	フリガナ					受給者との 続柄	
	氏名						
	※受給者証に記載の保護者（保護者欄が空欄の場合は受診者）が請求してください。						
	フリガナ					口座番号	
	住所						
	電話番号	() -				普通・ 当座	
請求者名義の口座	銀行・信金・信組	支店番号		支店			
※ゆうちょ銀行・郵便局をご利用の場合は、振込専用の支店名・種目・口座番号を記入してください。							
受給者証	受診者氏名				公費負担者番号		
					受給者番号		
	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで					
所得階層区分		自己負担 上限額					円

下記のとおり請求します。

請求額 (※記入不要)	円
----------------	---

(指定訪問看護事業者証明欄)

請求の理由	承認期間中に保険のみで支払いをしたため。				
診療年月	訪問日数	指定訪問看護費用総額	適用区分 (ワライ資格確認・限度額適用認定証で確認)	自己負担割合	支払確定額内訳 (※記入不要)
年 月	日	円		一般 (2割・3割)	円
年 月	日	円		一般 (2割・3割)	円
年 月	日	円		一般 (2割・3割)	円
(注)・受給者の承認期間を確認の上、証明してください。(承認日前の診療分は算定しないこと。) ・指定訪問看護費用総額は、保険診療分のみを記入してください。					支払確定額 (※記入不要)
上記のとおり証明します。 年 月 日					円
所在地					確定額証明書
名称					印

- 太線で囲った部分は、請求者が記入してください。
- 二重線で囲った部分は、指定訪問看護事業者で証明を受けてください。
- 振込口座の名義人は、請求者と同じにしてください。
- この請求書は、領収書(写し)を添付のうえ、愛知県保健医療局健康医療部健康対策課難病企画・給付グループ(〒460-8501 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号 電話 052-954-6270)へ提出してください。
- 自己負担が高額療養費制度の自己負担限度額を超えた場合、その超えた額については、保険者又は市町村に高額療養費の請求を行ってください。【高額療養費制度の自己負担限度額】適用区分により以下のとおり
適用区分がアの場合・・・252,600円+(総医療費-842,000円)×1%
適用区分がイの場合・・・167,400円+(総医療費-558,000円)×1%
適用区分がウの場合・・・80,100円+(総医療費-267,000円)×1%
適用区分がエの場合・・・57,600円
適用区分がオの場合・・・35,400円
- お振り込みは、県が請求書を受け付けた月の翌月末日の予定です。
- 指定訪問看護事業者証明欄について、記入にあたり指定訪問看護事業者によっては、文書料が必要となる場合があります。