

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							
	住 所	〒 ー						
	電話番号	() ー						
	請求者名義 の口座	銀行・信金・信組		支店番号		普通 ・ 当座	口 座 番 号	
農協・漁協・労金		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
----------------	---

(医療機関・調剤薬局証明欄①)

請求の理由(いずれかに○)			1 承認期間中に保険のみで支払いをしたため。 2 徴収基準額が変更されたため。 3 複数の医療機関で徴収基準額を超える支払いをしたため。							
診療 年月	診療科名	区分	診療 日数	診療(調剤)報酬 明細書による点数	自己 負担 割合	医療機関で本人 から徴収した額 (食事療養費標準負 担額を除く)	適 用 区 分 (わが国資格確認・ 医療機関認定証で確認)	食事療養費 標準負担額	食事 回数	支払確定額 内 訳 (※記入不要)
年 月		入院 通院 調剤	日 月計	点	2割 3割	円		円	回	円
年 月		入院 通院 調剤	日 月計	点	2割 3割	円		円	回	円
年 月		入院 通院 調剤	日 月計	点	2割 3割	円		円	回	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。)										支払確定額 (※記入不要)
・点数及び徴収額は、保険診療分のみを記入してください。										円
・複数の診療科で受診の場合、月単位で合算した点数を記入してください。										
・食事療養費標準負担額について、負担金額がない場合「0」と記入してください。										
・訪問看護分(医療保険)は様式第 15-1 号に証明してください。										
上記のとおり証明します。 〒 年 月 日										確定額証明書
所在地										
名 称										

注 1 太線で囲った部分は、請求者が記入してください。
2 二重線で囲った部分は、医療機関又は調剤薬局で証明を受けてください。(同一月に複数の医療機関で受診した場合は、医療機関・調剤薬局証明欄①以外の医療機関について裏面の証明欄にそれぞれ証明を受けてください。)
3 振込口座の名義人は、請求者と同じにしてください。
4 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。
5 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。
6 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。
7 医療機関・調剤薬局証明欄について、証明にあたり医療機関によっては、文書料が必要となる場合があります。

(裏面)

(医療機関・調剤薬局証明欄②)

請求の理由(いずれかに○)			1 承認期間中に保険のみで支払いをしたため。 2 徴収基準額が変更されたため。 3 複数の医療機関で徴収基準額を超える支払いをしたため。							
診療 年月	診療科名	区分	診療 日数	診療(調剤)報酬 明細書による点数	自己 負担 割合	医療機関で本人 から徴収した額 (食事療養費標準負 担額を除く)	適用区分 (わが国資格確認・ 限度額適用証で確認)	食事療養費 標準負担額	食事 回数	支払確定額 内 訳 (※記入不要)
年 月		入院 通院 調剤	日 月計	点	2割 3割	円		円	回	円
年 月		入院 通院 調剤	日 月計	点	2割 3割	円		円	回	円
年 月		入院 通院 調剤	日 月計	点	2割 3割	円		円	回	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。)										支払確定額 (※記入不要)
・点数及び徴収額は、保険診療分のみを記入してください。 ・複数の診療科で受診の場合、月単位で合算した点数を記入してください。 ・食事療養費標準負担額について、負担金額がない場合「0」と記入してください。 ・訪問看護分(医療保険)は様式第15-1号に証明してください。										円
上記のとおり証明します。 〒 所在地 名 称										確定額証明書 印

(医療機関・調剤薬局証明欄③)

請求の理由(いずれかに○)			1 承認期間中に保険のみで支払いをしたため。 2 徴収基準額が変更されたため。 3 複数の医療機関で徴収基準額を超える支払いをしたため。							
診療 年月	診療科名	区分	診療 日数	診療(調剤)報酬 明細書による点数	自己 負担 割合	医療機関で本人 から徴収した額 (食事療養費標準負 担額を除く)	適用区分 (わが国資格確認・ 限度額適用証で確認)	食事療養費 標準負担額	食事 回数	支払確定額 内 訳 (※記入不要)
年 月		入院 通院 調剤	日 月計	点	2割 3割	円		円	回	円
年 月		入院 通院 調剤	日 月計	点	2割 3割	円		円	回	円
年 月		入院 通院 調剤	日 月計	点	2割 3割	円		円	回	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。)										支払確定額 (※記入不要)
・点数及び徴収額は、保険診療分のみを記入してください。 ・複数の診療科で受診の場合、月単位で合算した点数を記入してください。 ・食事療養費標準負担額について、負担金額がない場合「0」と記入してください。 ・訪問看護分(医療保険)は様式第15-1号に証明してください。										円
上記のとおり証明します。 〒 所在地 名 称										確定額証明書 印