

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						
	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
----------------	---

(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。)					支払確定額 (※記入不要)
・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。					
上記のとおり証明します。 〒 年 月 日 所在地 名 称					円 確定額証明書 印

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、指定訪問看護事業者で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務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 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。