

特定疾患療養費申請書

千葉県知事

様

年 月 日

受給者氏名		受給者番号	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日生	月額自己	外来 0円
有効期間	年 月 日～年 月 日	負担限度額	入院 0円
健康保険組合等からの附加給付	有 → 自己負担限度額 円 円未満不支給 円未満切り捨て 無	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ IV・III・II・I

決定金額	(この欄は記入しないでください)
	円

診療年月	保 険 対 象 分				患者の 食事(生活)療養 標準負担額・・・C	公費負担額 (この欄は記入 しないでください)
	上記有効期間内の 対象疾患に係る保険診療総額・・・A			Aのうち、 患者負担額・・・B		
年 月	外来	日間	円	円	円	円
	入院	日間	円	円	円	円
年 月	外来	日間	円	円	円	円
	入院	日間	円	円	円	円
年 月	外来	日間	円	円	円	円
	入院	日間	円	円	円	円

上記のとおり証明する。

医療機関(薬局)名

所在地

代表者氏名 ㊟

年 月 日

この申請に関して、必要に応じて千葉県が健康保険組合等に対して照会すること、及び千葉県が健康保険組合等から照会を受けた際に千葉県が回答することについて同意します。

振 込 先	金融機関名	銀行 支店
	口座番号	普通・当座 No.
	フリガナ	
	氏名	

申 請 者	住 所	〒
	氏 名	㊟
	電話番号	
	患者との続柄	

1. 訂正は、記入者本人の訂正印によるもの以外は一切認められません。
2. 太枠内は医療機関(又は薬局)で記入してください。
3. 振込口座の名義人と申請者は、必ず同一人物にしてください。
4. 領収書(原本)がないものは一切認められません。

【 申請時に必要な添付書類 】

- | | |
|----------------------|---|
| 1. 領収書(申請月のものすべて、原本) | 4. 限度額適用認定証(写、交付されている方のみ) |
| 2. 特定疾患医療受給者証(写) | 5. 口座振替依頼書(別紙様式) |
| 3. 健康保険証(写) | 6. 振込先金融機関に関する名称、支店名、口座番号、
口座名義(カタカナ表示)が分かるもの(写、通帳の2ページ目等) |