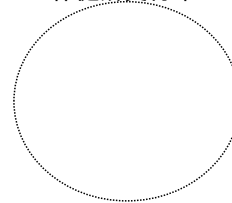


小児慢性特定疾病医療費請求書  
(令和3年1月分)

令和3年2月1日

島根県知事様  
次のとおり請求します。

金 14,430 円

請求額 = (② - (③又は①の小さい方)) ※ + ④ - ⑤  
※ 0円未満の場合は0円とする

保健所 記入欄	債権者番号
	99999999

住所 松江市殿町1番地

氏名 島根 花子

受給者  
との続柄 (母)

受給者氏名	島根 太郎	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7
疾病名	バセドウ病	自己負担上限額(円)	① 5,000						

## 入院時食事療養費以外

診療等期間	指定医療機関名	窓口支払額(円)	自己負担額(円) (2割負担分)
5日～15日	〇〇病院	12,650	8,430
15日～15日	□□薬局	2,880	1,920
日～日			
日～日			
日～日			
合計		② 15,530	③ 10,350

## 入院時食事療養費

入院期間	指定医療機関名	窓口支払額(円)	※自己負担額(円) 標準負担額の1/2
5日～15日	〇〇病院	7,800	3,900
日～日			
合計		④ 7,800	⑤ 3,900

- ※1 領収書原本(自己負担上限額管理票で確認できるものは省略可能)及び受給者証の写しを添付してください。(対象となる領収書は、認定された疾病にかかるもののみです)
- ※2 入院時食事療養費の自己負担額は、食事療養標準負担額の1/2です。  
(受給者証に記載の公費負担者番号が「52327012」の場合は、自己負担は0円です)
- ※3 高額療養費の自己負担限度額を超えた額については、加入している医療保険から支給されます。
- ※4 記入欄が不足する場合は、別紙を添付してください。