

小児慢性特定疾病医療費給付申請書（払戻請求）

申請額	円
-----	---

差引額の合計を必ず記載してください

※「差引き額」の合計を記載してください。なお、高知県で領収書等の内容を確認し、支給額を決定するため、申請額と異なる支給額となる場合があります。

年 月分	窓口支払済額 A (円)	月額自己負担上限額 B (円)	差引き額 A - B (円)
月ごとに集計。 (複数受診の場合は 合計してください)	実際に支払った 金額を記入してく ださい。	Aの金額が自己負担上限額を超えている場合は 自己負担上限額を記入してください。 自己負担上限額を超えていない場合は 2割負担の算定額を記入してください。 (一の位は四捨五入してください。)	

B：保険診療2割負担で算定した額が、自己負担上限額より低い場合は、2割負担の算定額を記入

【例】医療点数756点の場合 756点×2（割）=1512円→一の位四捨五入→1,510円

高知県小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱に基づき、関係書類を添えて上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

高知県知事様

請求者	住所	電話 番号	
	氏名	(受診者との続柄 : )	
	振込先	銀行 支店	預金種別 普通・当座
	口座 番号	7桁の口座番号を記入してください。 7桁未満の場合は前に0をつけてください。	
受診者	住所		
	氏名	受給者番号	

※請求者と口座名義人は同じにしてください。