

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。