

記載例

北海道知

いつ負担した分の医療費を申請するか、ご記入ください。

申請内容に不明な点がある場合に、道が直接、医療機関等へ照会することについて、同意される場合は、「1. 同意します。」に○をしてください。  
(同意のない場合は、申請者ご本人から、医療機関等への確認を行っていただくことがあります。)



次のとおり、令和 年 月分を申請

なお、この申請に関して不明な点がある場合、北海道（支庁域中にある小樽市を含む）が、直接、医療機関及び照会を行うとに【1. 同意します。 2. 同意しません。】

記載必須

※（申請者の方に）太枠の中、氏名のフリガナの記入をお願いします。また、裏面も必ずご覧願います。

申請者	郵便番号	—		電話番号 (左詰・ハイフン付)				押印(2カ所)
	住所							
	フリガナ (姓)			(名)			患者との続柄	
	氏名						印	
振込口座	金融機関名	本店支店名	金融機関コード	店番号	口座番号 (右詰7桁)			隔地払希望 <input type="checkbox"/>
		店			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			
	フリガナ (姓)			(名)	生年月日			
	患者氏名				年	月	日	
	受給者証番号			自己限度額	円	有効期間の始期	年 月 日から	
	保険種類	<input type="checkbox"/> 被用者	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 国保組合	保険適用区分			

申請額 円

支払決定額 円

A 小児慢性特定疾病の請求内訳兼医療機関等の証明欄			高額療養費																																				
内 訳	総医療費 (10割) (円・単位)	窓口支払額 (円)																																					
入院	医療費 利用料																																						
	食事療養費 生活療養費																																						
外来等	医療費 利用料																																						
	調剤薬局																																						
	訪問看護等																																						
合 計																																							
患者 ( ) に係る 年 月分の小児慢性特定疾病の医療費は上記のとおりであることを証明します。 年 月 日			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7																																	
8	9	10	11	12	13	14																																	
15	16	17	18	19	20	21																																	
22	23	24	25	26	27	28																																	
29	30	31																																					
医療機関等 名 称			※診療(調剤)日に○をつけてください。																																				
電 話 代表者名			印 保険負担割合 割																																				
高額療養費算出			適用区分																																				
①	+	( ) × 1% =	円																																				
②	-	=	円																																				

領収書の原本を紛失した等、負担した医療費の確認ができる書類を添付できない場合に、かかった医療費を証明するために医療機関に記載してもらう項目です。  
(領収書の原本を提出する場合は記載不要。)  
※医療機関ごとに記載してもらう必要があるため、複数の医療機関を利用している場合、各月ごと・各医療機関ごとに1枚ずつ証明が必要となります。

※証明欄は、受給者証の適用日に関わらず、医療費総額・自己負担額・診療日等、対象月すべてについて記載してください。