

小児慢性特定疾病医療費支給申請書 (※1か月毎に記入)

(5.3改訂)

\*日付は必ずご記入ください

(宛先) 奈良市長

領収書を添え、下記のとおり小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。

令和 年 月 日

【注意事項】※裏面に申請にあたっての注意事項および支給金額決定に必要な同意欄がありますので、必ずご確認ください。

※申請者は原則次の通りです。

(原則) 受給者が18歳未満の場合、保護者が申請者

受給者が18歳以上(成年患者)の場合、受給者本人が申請者

※上記原則以外の方が申請者となる場合、必要書類が異なります。保健所 保健予防課までお問い合わせください。

受給者	氏名	ふりがな	年齢	歳	福祉医療制度等の受給	無・有(障・こども・乳幼 ひとり親・重・精) ※該当するものに○をつけてください
-----	----	------	----	---	------------	--

申請者	氏名	ふりがな	印	住所	〒	—	電話	—	—	
	振込先 金融機関	銀行コード					銀行・農協・信用組合・信用金庫			
		店番					支店	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	
		フリガナ						<input type="checkbox"/> 座番号		
		名義人								
委任欄	※申請者以外の口座を指定するときは、この欄に必ず署名してください。 令和 年 月 日 私は、小児慢性特定疾病の受領の権限を、代理人： (続柄： ) に委任します。 申請者 印									

医療機関等証明欄【 年 月分】 小児慢性特定疾病にかかる治療費を記載してください

公費負担者番号						認定開始年月日				年			月		日	
受給者番号						生年月日				年			月		日 ( 歳)	
自己負担上限月額						円	階層区分		適用区分							
福祉医療制度等の利用	無・有(障・こども・乳幼・ひとり親・重・精)															
加入保険の種類	協会けんぽ・健組・共済・国保・国組・退職国保・( )										本人・家族					
健康保険負担割合 ( 割)	入院期間 または受診日	診療 日数	保険診療総医療費			受給者支払済額(保険診療分のみ)										
	※小児慢性特定疾病以外の医療費は( )内に別掲で記載してください															
入院	承認前医療費	日~日	日	円 ( )			円 ( )									
	承認後医療費	日~日	日	円 ( )			円 ( )									
	承認後入院時 食事療養費	日~日	回				円									
通院等	医療費	日	日	円 ( )			円 ( )									
	院外処方薬剤費	日	日	円 ( )			円 ( )									
	訪問看護利用料	日	日	円 ( )			円 ( )									
合計(入院+通院)				円 ( )			円 ( )									

上記のとおり小児慢性特定疾病にかかる治療を行ったことを証明します。

令和 年 月 日 指定医療機関名

所在地

代表者氏名

医療機関コード

【受給者のみなさまへの注意事項】

1. この申請書は、認定開始日から医療受給者証が届くまでの間に小児慢性特定疾病の医療を受療し、保険診療で支払った額が小児慢性特定疾病医療受給者証記載の自己負担上限月額を超えた方又は保険負担割合が3割である方が、本来医療費助成を受けられた金額を請求するための用紙です。保険負担割合が1割または2割で同一月に小児慢性特定疾病の医療費として指定医療機関（医療機関・院外処方薬局・訪問看護ステーション）で支払った金額の合計が、自己負担上限月額に達していない方は提出不要です。（自己負担上限月額等に関わらず、入院時の食事療養費が償還の対象となる場合があります。）

この用紙は、指定医療機関ごとに月1枚使用し、それぞれの指定医療機関で証明を受けてください。受診時に自己負担上限額管理票の提出を忘れた場合は、償還払いの対象外となりますので、ご注意ください。

2. 申請の際は、小児慢性特定疾病医療費支給申請書に記載された金額が確認できる医療費の領収書（原本のみ）と、自己負担上限額管理票の該当月のコピーを一緒に提出してください。

3. 領収書の返却は医療費支給後となります。時期により確定申告と重なることがありますので、ご了承ください。

4. 申請者と振込先の口座名義人は原則同一にしてください。申請者以外の口座を振込先に指定するときは、表面の委任欄に署名押印してください。

5. 高額療養費支給対象となる場合は、ご加入の健康保険組合等で手続きをして、高額療養費支給決定通知書等（コピー可）を添付してください。

6. 健康保険組合等からの医療給付金がある場合は、支給決定通知書等（コピー可）を添付してください。

・健康保険組合（共済）名： \_\_\_\_\_

・健康保険組合（共済）電話番号： \_\_\_\_\_

7. 小児慢性特定疾病医療費の支給額決定には、高額療養費や医療給付金等の支給状況を把握する必要があるため、申請から医療費の支給までに約5ヶ月かかります。また、支給状況の確認のため、お住まいの市町村及びご加入の医療保険者に報告を求められることがあります。

同 意 欄

小児慢性特定疾病医療費の支給を受けるにあたり、必要があるときは、私の居住する市町村や加入する医療保険者に、高額療養費や医療給付金、福祉医療等の支給状況につき、報告を求めることに同意します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

（宛先）奈良市長

申請者氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

全員記入

保健所記入欄

薬局分の申請（ 有 ・ 無 →  不要であることを確認した。）

管理票の添付（ 有 ・ 無 →  該当月の記載がないことを確認した。）