

小児慢性特定疾病医療費支給申請書 (管理票用)

(5.3 改訂)

年 月 分

*日付は必ずご記入ください

(宛先) 奈良市長

令和 年 月 日

自己負担上限額管理票の写し及び領収書を添えて小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。

【注意事項】※裏面に申請にあたっての注意事項がありますので、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										生年月日	年 月 日 (歳)			
	公費負担者番号											受給者番号				
	認定開始年月日	年 月 日			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						
	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	- -			
	受給者との関係: 本人・父・母()																					
	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	□普通 □当座								
フリガナ												□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																					

同意書

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 _____

住 所 _____

被保険者氏名 _____

住 所 _____

【受給者のみなさまへの注意事項】

1. この申請書は、窓口で支払った医療費が自己負担上限額管理票に記載されている方で、自己負担上限額の変更等によりすでに保険診療で支払った額の差額の還付を請求する際に使用してください。
この用紙は、月ごとに1枚使用してください。
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、自己負担上限額管理票の該当月のコピーと自己負担上限額管理票の該当月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）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としてください。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. 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： _____
6. 小児慢性特定疾病医療費の支給額決定には、上記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ることがあります。