

小児慢性特定疾病療養費支給申請書

年 月 日

鹿児島市長 殿

※支給決定額 _____ 円 申請者 住 所
 (※記入不要) 氏 名
 電話番号
 受診者との続柄

下記のとおり申請します。

| | | | |
|---------------------------------------|--|--|-------|
| 受給者番号 | フリガナ 受診者氏名 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 個人番号 | ※窓口申請時にご記入ください | | |
| 受診者住所 | 鹿児島市 | 医療機関名 | |
| 申請理由 | 1 受給者証交付 (新規・継続) 2 自己負担限度額変更 3 複数医療機関受診 4 その他 () | | |
| 申請期間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | |
| 加入保険 | 保険者名称 () 申請期間内の保険者の変更の有無 (有・無) ※ 組合又は共済の加入者は、保険者に下記の制度を確認の上、ご記入ください。 家族療養付加金制度の有無 (無・有:給付基準) | | |
| 今回申請する期間内の他の医療機関 (薬局等)での受診(支払い)の有無 | 無・有 | (医療機関(薬局等)名:) (診療月:) (支払いの有無: 有・無) | |
| 振込先 | 本・支店名 | 種別 | 口座番号 |
| 銀行 金庫 農協 | 店 | 普通 当座 | フリガナ |

(申請者名義の口座に振り込むときは、下枠内は記入不要)

| | |
|----------------------------|---------|
| 委任者(申請者) 氏名 | 印 |
| 上記療養費の受領に関することを下記の者に委任します。 | |
| 受任者(口座名義人) 住所 | 丁目 番号 |
| | 番地 号 |
| 氏名 | 受診者との続柄 |

◎ 申請上の注意

- この申請書は、認定期間内に月額自己負担限度額を超える支払いがあった場合に、超えた額について払い戻しを受けるための書類です。(加入している健康保険に家族療養付加金の制度のある方は、給付額を控除した額が払い戻しの対象となります。)(月額自己負担限度額を超える支払いのない方の申請は不要です。)
- 申請をされる前に、裏面の医療費証明を医療機関ごとに受けてください。
- 複数の医療機関(薬局等)を受診(支払い)したことにより、合算して月額自己負担限度額を超える支払いがあった場合は、それぞれの医療機関(薬局等)の証明が必要です。
- 自己負担分(月ごと)が高額療養費制度の自己負担額を超えた場合、その超えた額については、保険者(健康保険証発行元)に高額療養費の請求手続きを行い、高額療養費の支給決定通知書(写し)を添付のうえ、申請してください。(※高額療養費に係る医療費は療養費支給申請の対象となりませんのでご注意ください。)支給決定通知書がない場合は、別紙様式の証明書を添付してください。

(裏)

小児慢性特定疾病医療費証明書(受託医療機関証明欄)

小児慢性特定疾病に係る医療費のうち、既に患者から領収済みで◎高額療養費分を差し引いた額について証明してください。(太枠の中をご記入ください。)

| 受給者氏名 | | | | 公費負担者番号 | | | | | |
|--|------------------|----------------------------|-----|---------|-----------|--------------------------------|-------------|------------------|-----------------|
| | | | | 受給者番号 | | | | | |
| 医療費証明理由 | | 受給者証(新規・継続)・負担額変更・複数受診・() | | | | 月額自己負担限度額 | | | |
| 申請に係る公費対象期間 | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | 円 | | | |
| ◎高額療養費申請対象期間 | | 年 月 ~ 年 月 | | | | 円 | | | |
| 診療月 | 診療期間 | 診療日数 | 保険種 | 給付制 | 総医療費 A | 保険者(社会保険等)負担額 B | 患者支払済額 C | Cのうち患者自己負担額 D | 備考 (記入しないこと) |
| 年 月 | 入院(全月分) 日~日 | 日 | | | 円 | 円 | 円 | 円 | |
| | 上記のうち公費対象 日~日 | | | | | | | | |
| | 入院時食事療養費 | | | | | | | | |
| | 通院・薬剤 訪問看護 | | | | | | | | |
| 年 月 | 入院 日~日 | | | | | | | | |
| | 入院時食事療養費 | | | | | | | | |
| | 通院・薬剤 | | | | | | | | |
| | 訪問看護 | | | | | | | | |
| 年 月 | 入院 日~日 | | | | | | | | |
| | 入院時食事療養費 | | | | | | | | |
| | 通院・薬剤 | | | | | | | | |
| | 訪問看護 | | | | | | | | |
| 年 月 | 入院 日~日 | | | | | | | | |
| | 入院時食事療養費 | | | | | | | | |
| | 通院・薬剤 | | | | | | | | |
| | 訪問看護 | | | | | | | | |
| 計 | 入院 | | | | | | | | |
| | 入院時食事療養費 | | | | | | | | |
| | 通院・薬剤 | | | | | | | | |
| | 訪問看護 | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明いたします。 年 月 日 証明機関 所在地 名称 代表者名 電話番号 | | | | | | 重複 | | | |
| | | | | | | 合算 | | | |
| | | | | | | 備考 付加給付金の有無(有・無) 給付基準() | | | |

◎ 記入上の注意

- 1 小児慢性特定疾病療養費支給申請書(表)の申請期間に係る医療費について記入してください。
- 2 小児慢性特定疾病対象医療についてのみ証明してください。
- 3 この用紙に証明された医療費については、診療報酬明細書の差し替えは行わないでください。