

小児慢性特定疾病医療費支給申請書（兼口座振替依頼書）

フリガナ											受給者番号					
受給者氏名																
高額療養費の適用	無	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	高額療養費支給決定金額											円
指定口座	金融機関名				金融機関コード			支店名				支店コード				
	銀行 信用金庫 信用組合															
	預金種別	口座番号				口座名義人（カタカナで記入して下さい）										
	1 普通															
2 当座																
申請理由	<input type="checkbox"/> 有効期間内に主保険単独で支払いをしたため。 <input type="checkbox"/> 受給者証を適用して支払いをした医療費について負担上限月額が減額されたため。 <input type="checkbox"/> その他（ ）															

申請金額	¥
------	---

認定疾病に係る医療費を必要書類を添えて申請します。支払額決定後は上記の口座に振り込んでください。

年 月 日 (申請者)
 氏名 受給者との続柄（ ）
 住所 電話

(あて先) 板橋区長

備考

- 1 **太枠内**を必ずご記入ください。
- 2 医療機関に支払った金額のうち、次のものは請求できません。
 - (1) 保険給付外となっているもの（特別室使用料、文書料等）
 - (2) 小児慢性特定疾病医療費支給が認定されている疾病以外の治療費等
- 3 支払金額合計が加入している医療保険で適用される高額療養費の自己負担限度額を超える場合は、まず保険者に高額療養費の請求をし、その支給決定通知書又は証明書を添付して申請してください。
- 4 振込先は、**申請者が口座名義人となっている口座**をご記入ください。

(申請金額の内訳)

A 総医療費	B 保険者負担分 (A×負担割合)	C 高額療養費支給決定金額	D 医療費 (A-B-C)
円	円	円	円
E 患者一部負担額	F 支給済公費	G 支払決定金額 (D-E-F)	
円	円	円	

医療機関等証明欄

患者氏名	
受給者番号	

年月分	保険種別	負担区分	診療区分 (該当するものに○印を付けてください)	受診日数	月の総点数	保険診療総点数のうち有効期間内にかつ小児慢性特定疾病分	窓口での負担額 (注1)	事務処理欄 (この欄は記入しないでください)
					有効期間内の食事数×1食単価 (注2)			
年 月	国保 社保 後期	割	入院 外来 調剤 訪問看護	日	点	円	円	
					() 食 × () 円 =		円	
年 月	国保 社保 後期	割	入院 外来 調剤 訪問看護	月	点	円	円	
					() 食 × () 円 =		円	
年 月	国保 社保 後期	割	入院 外来 調剤 訪問看護	火	点	円	円	
					() 食 × () 円 =		円	
年 月	国保 社保 後期	割	入院 外来 調剤 訪問看護	火	点	円	円	
					() 食 × () 円 =		円	
注1 当該診療月における保険総点数分として窓口で支払った額 (対象疾病以外の分も含みます) の合計を記入してください。							円	
注2 5割が助成対象になります。ただし、公費負担者番号52137080の受給者証は10割が助成対象になります。							円	

上記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関コード

所在地

名称

代表者名

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

証明担当

部署名		氏名		電話番号	
-----	--	----	--	------	--