

小児慢性特定疾病医療費支給申請書（兼口座振替依頼書）

受診者氏名											受給者番号																
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。
 また、この申請に係る事項に関し、板橋区が受診者が加入する保険者、医療機関等に照会し、保険者、医療機関等が板橋区に当該情報を提供することに同意します。

（宛先）板橋区長 （申請者） 受診者との続柄（ ）
氏名 住所
年 月 日 電話

※受給者が18歳以上の場合は受給者本人が申請者になります

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。

委任状	私は、次の者を代理人と定め、小児慢性の医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。		
	（宛先）板橋区長	年 月 日	
	（委任者／申請者。18歳以上は受診者本人）	（受任者／振込先名義人）	
	住所	住所	
氏名	Ⓜ	氏名	Ⓜ

（申請金額の内訳）

入院時食事代	1食	公費負担分	
	260 円 × 1/2 ×	食 =	□□□□ 円
小慢適用時の食事代1食260円を自己負担と公費で折半する。			
医療費	償還払い計算シート参照	公費負担分	□□□□ 円

医療機関等証明欄

患者氏名		受給者番号	
受給者証有効期間		～	

年月分	保険種別	負担区分	診療区分	受診日数	左記の内有効期間内の日数	月の保険総点数	左記のうち有効期間内でかつ小児慢性特定疾病分	窓口での負担額 (注1)
						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		日 日	点 (円)	点 (円)	
						() 食 × () 円 =		
年 月	国保 社保 後期	割	入院 外来 調剤		日 日	点 (円)	点 (円)	
						() 食 × () 円 =		
年 月	国保 社保 後期	割	入院 外来 調剤		日 日	点 (円)	点 (円)	
						() 食 × () 円 =		
年 月	国保 社保 後期	割	入院 外来 調剤		日 日	点 (円)	点 (円)	
						() 食 × () 円 =		
年 月	国保 社保 後期	割	入院 外来 調剤		日 日	点 (円)	点 (円)	
						() 食 × () 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。

注2 小児慢性適用時（260円または210円）の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。

合計 (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	
-----	--	----	--	------	--