

小児慢性特定疾病医療費支給申請書

鹿児島県知事

殿

年 月 日
(和暦で記入)

※支払決定額 円
(記入しないこと)

申請者住所
申請者氏名
受診者との続柄 ()
電話番号 ()

◎申請者と受領者が異なる場合は記入してください。

私(申請者)は、下記の受任者に対し小児慢性特定疾患医療費支給の受領を委任します。
受任者住所

受任者氏名 受診者との続柄 ()

下記のとおり、申請します。

なお、申請内容について疑義が生じた場合には、関係機関に対する照会について同意します。

また、乳幼児医療費助成の適切な運用を図るために、裏面記載の医療費や本申請に基づき支払われる今回の支給額等の情報を居住地の市町村へ提供することに同意します。

		受給者番号	
フリガナ 受診者氏名		生年月日	年 月 日 (和暦で記入)
住 所			
疾 病 名	医療機関名		
階 層 区 分	自己負担上限額 円		
申 請 理 由 (○で囲む)	1 受給者証交付(新規) 4 人工呼吸器認定(切替)	2 受給者証更新 5 世帯内按分認定(切替)	3 重症認定(切替) 6 ()
受給者証有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (和暦で記入)		
今回申請する期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (和暦で記入)		
今回申請する期間内の他の 医療機関等での支払の有無	無・有 (医療機関等名:) (診療年月:)		
加入保険種類	協・組・共・国 / 本人・家族 *該当する保険を○で囲む *申請期間内の加入保険変更の有無 (有・無)		
	保険者名 () 保険者の連絡先 () 被保険者証の記号・番号(記号: , 番号:)		
※今回の申請に係る期間の高額療養費等の給付 (有・無)			
振 込 先	金融機関名	本・支店(所)名	◎振込先は申請者または委任を受けた方の口座に限り ます。
	口座種類	口座番号	
	普通・当座・その他		()

◎記入上の注意

- 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があった方が、払い戻しを受けるための書類です。
- 裏面に医療機関(指定訪問看護事業者、薬局を含む)ごとの証明を受けてください。複数の医療機関で支払いがある場合は、それぞれの医療機関の証明が必要です。
- 自己負担額(月単位)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(被保険者証発行機関)に高額療養費の請求を行い、高額療養費の支給決定通知書を添付の上、請求してください。(※高額療養費は医療費支給申請の対象とはなりません)。支給決定書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。

小児慢性特定疾病医療費証明書 (指定医療機関等用)

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の額について証明してください。

※太枠内を記入してください。

受診者氏名							公費負担者番号				
							受給者番号				
医療費証明理由		新規・更新・重症切替・人工呼吸器切替・世帯内按分切替・ ()					月額自己負担上限額				
受給者証有効期間		年 月 日～ 年 月 日 (和暦で記入)									
今回の申請に係る期間		年 月 日～ 年 月 日 (和暦で記入)					円				
診療月	診療期間	診療日数	保険種	給付割	総医療費 A	社会保険等負担分 B	患者支払済額 C	Cのうち患者自己負担額 D		決定金額	
年	入院・通院(併)	日								/	
	上記のうち公費対象	日									
	入院時食事療養費	回									
	上記のうち公費負担	回									
	薬 剤	日									
月	訪問看護	日									
	入院・通院	日									
	入院時食事療養費	回									
	上記のうち公費負担	回									
	薬 剤	日									
月	訪問看護	日									
	入院・通院	日									
	入院時食事療養費	回									
	上記のうち公費負担	回									
	薬 剤	日									
計	訪問看護	日									
	薬 剤	日									
	上記のうち公費負担	回									
	入院時食事療養費	回									
	入院・通院	日									
合 計											
上記のとおり相違ないことを証明いたします。									他機関証明		
年 月 日 (和暦で記入)									合計決定金額		
所在地					印		保健所	医療機関等	指定・指定外		
名 称							確認欄	階 層			
代表者名											
電話番号											

◎記入上の注意

- 小児慢性特定疾病医療費支給申請書(表)の申請期間内に係る医療費について記入してください。
- 小児慢性特定疾病及び当該疾病に直接起因する傷病に係る医療費についてのみ証明してください。
- 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。
- 訪問看護及び院外の薬局における保険調剤についても月額自己負担上限額額に含まれます。
- 入院時食事療養費については、月額自己負担上限額とは別に2分の1が自己負担になります。

(別紙)

高額療養費等の支払証明書の発行について

年 月 日

(和暦で記入)

長 殿

住 所

氏 名

鹿児島県に提出する小児慢性特定疾病医療費支給申請書に添付するため、()
月分について、下記に証明くださるようお願いします。

記

診 療 月	支払月	支払い決定額	自己負担額	備 考
年 月診療分				
年 月診療分				
年 月診療分				
年 月診療分				

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

(和暦で記入)

所 在 地
名 称
代表者名

印