

小兒慢性特定疾病医療費償還払申請書

広島県知事 殿

関係書類を添えて医療費の支給を申請します。

また、この申請に関して、広島県が必要に応じて医療機関・薬局及び保険者等に対し照会することについて同意します。

申請月

年 月 ~

年 月分

(ただし、 年 月分を除く。)

患者（小児慢性特定疾病医療費 受給者）

氏 名		受給者番号							
-----	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

申請者

※申請者が受取人となります。患者以外の者が申請者となる場合は、委任欄への記入が必要です。

※患者が18歳未満の場合は、保護者が申請者になります（委任欄への記入は不要です。）。

フリガナ			患 者	☐ 父母	☐ 本人	☐ 兄弟姉妹
氏 名			との続柄	☐ 親族（ ）		
住 所	〒 ー		電話番号			
金融機関名	銀行・農協 信金・信組		口座番号			
支 店 名	支店	普通	口座名義人 カタカナで記入	<u>口座名義人は申請者と同一です</u>		

委任欄 受給者証の申請者以外の方が償還払いを申請する場合のみ記入（自署、押印が必要）

※受給者証の申請者である父に代わって、母が償還払いを申請する場合 など

私（受給者証の申請者）は、上記申請者を代理人と定め、小児慢性特定疾病医療費償還払いの申請及び受領に関する権限を委任します。

年 月 日 委任者 住所

氏名

印

添付書類

- ☐ 振込先口座のわかるもの（通帳２ページ目など）のコピー
- ☐ 診療報酬等領収証明書（様式 13） 枚
- ☐ 受給者証・自己負担上限額管理票のコピー

保健所收受印

裏面の記入例や注意事項をご確認ください

申請書の記入例

申請月

令和○年 9 月 ～ 令和○年 1 2 月分

(ただし、令和○年 1 0 月分を除く。)

患者（小児慢性特定疾病医療費 受給者）

氏 名	北部 太郎	受給者番号	0	1	2	3	4	5	6
-----	-------	-------	---	---	---	---	---	---	---

申請者

患者が 18 歳未満の場合は、被保険者又は保護者が申請者になります。

フリガナ	ホクブ アキ	患 者 との続柄	☐ 本人 ☐ 配偶者 ☒ 父母 ☐ 子
氏 名	北部 安芸	押印不要	☐ 兄弟姉妹 ☐ その他（ ）
住 所	〒728-0013 三次市十日市東四丁目 6 - 1	電話番号	0 9 0 0 0 1 2 3 4 5 6
金融機関名	広島	口座番号	0
	銀行 農協 信金・信組	口座名義人 (カナ)	口座名義人は通帳等を見て、 正確にカタカナで記入 ホクブ アキ
「ゆうちょ銀行」の場合 支店名は漢字の店名（例：五四八） 口座番号は 7 桁を記入		普通	カタカナで記入してください

委任欄 受給者証の申請者以外の方が償還払いを申請する場合のみ記入（自署、押印が必要）

※受診者証の申請者である父に代わって、母が償還払いを申請する場合 など

私（受給者証の申請者）は、上記申請者を代理人と定め、小児慢性特定疾病医療費償還払いの申請及び受領に関する権限を委任します。

年 月 日 委任者 住所

氏名

印

申請にあたっての注意事項

- 診療報酬等領収証明書は、小児慢性の指定医療機関ごとに作成してもらってください。
- 認定された小児慢性特定疾病に係る医療費のうち、支給認定期間内に小児慢性の指定医療機関で受けた、健康保険が適用される医療費については、支払対象になります。
保険適用外の費用やサービスは対象外です。（文書料や差額ベッド料など）
- 高額療養費制度で払戻を受けることができる医療費は、この申請に含むことはできません。
高額療養費制度については、被用者保険(会社の保険)や市町国民健康保険など、加入している医療保険者にお問い合わせください。
- こども医療や重度心身障害者医療など別の公費で、既に清算済の場合は対象外です。