

小児慢性特定疾病医療費請求書

年 月 日

岐阜県知事 様

請求者（〒 _____ ）

居住地（住所） _____

氏 名 _____

電話番号（ _____ ） _____

対象児童加入保険の種類 1 社保本人 2 社保家族 3 国保

自己負担上限月額 _____ 円

小児慢性特定疾病医療費を請求します。当該医療費は、下記の振込口座に振り込んでください。

受給者番号				公費負担番号				対象児童等氏名				申請者との続柄			
				5 2 2 1											
振込 口座	銀行名等		銀行・信金・信組・農協										支店		
	預金種別		普通 当座		口座番号										
	フリガナ														
	口座名義人氏名														
										請求金額		円			

(医療機関証明欄)

小児慢性特定疾病医療費医療受給者証有効期間：										年 月 日		～		年 月 日					
診療年月	診療区分	診療科名	自己負担割合(A)	日数	診療報酬明細書による点数(B)	保険診療分自己負担金(A×B×10=C)	食事療養費標準負担額(D)	患者自己負担額(窓口支払額)	保険者適用区分										
年 月	入院		3割		点	円	円	円											
	外来		2割		点	円	円	円											
	調剤 訪看		1割		点	円	円	円											
年 月	入院		3割		点	円	円	円											
	外来		2割		点	円	円	円											
	調剤 訪看		1割		点	円	円	円											
年 月	入院		3割		点	円	円	円											
	外来		2割		点	円	円	円											
	調剤 訪看		1割		点	円	円	円											
年 月	入院		3割		点	円	円	円											
	外来		2割		点	円	円	円											
	調剤 訪看		1割		点	円	円	円											
合 計						①	②	③											
上記のとおり証明します。																			
年 月 日																			
所在地 _____					医療機関コード														
名 称 _____					<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>														
代表者 _____																			
担当者氏名：					電話番号： ()														

申請の際の留意事項 ※下記事項を確認の上、提出してください。

■医療費請求書を提出される方へ■

1 対象となる医療費について

医療受給者証に記載された疾患に係る医療費のうち、①から③いずれかに該当する場合

①医療費支給認定申請書を申請してから受給者証が交付されるまでの間、指定医療機関等の窓口で自己負担上限額を超えた医療費を実費で支払われた場合

②指定医療機関等の窓口で支払った一か月の医療費合計額が、自己負担上限額を超えた場合。

③食事療養費標準負担額を支払われた場合

・公費負担番号が「52217015」の方については全額

・公費負担番号が「52218013」の方については1/2の額

ただし、下記の場合は対象となりません。

④指定医療機関以外で受けた治療

⑤乳幼児医療や高額療養費などによる支払いがあった場合は、その額を除いて支給します。（※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に高額療養費の請求を行ってください。）

・医療費内訳は下記の表のとおりとなります。

総医療費

総医療費			
医療保険負担分（7割又は8割）	高額療養費	公費負担分	自己負担上限額
	（3割のうち公費負担1割+自己負担割合2割）		
7割（又は8割）		3割（又は2割）	

2 申請方法について

下記書類を、最寄りの保健所へ提出してください。

- ・医療機関の証明を受けた「小児慢性特定疾病医療費請求書」
- ・申請する医療費の領収書
- ・請求月の自己負担上限額管理票をお持ちの方はその写し
- ・乳幼児医療や高額療養費などの他で受けた医療費の支払いがあった場合は、支払額が確認できる支給決定通知書など

■指定医療機関の方へ■

記入上の留意事項について

- ・証明いただく医療費は、医療受給者証に記載されている疾患に係る治療及びその疾患に付随して発現する疾病に対する治療のみが対象となります。
- ・医療受給者証の有効期間を確認し、有効期間内の治療について月ごとに記入してください。
- ・有効期間の始期が月の途中となる場合は、上段に1か月全ての診療分を、下段に有効期間内の診療分を記入してください。すべてが有効期間内の場合は、下段に記入してください。
- ・「食事療養費標準負担額」の負担額は、公費負担番号「52217015」の方（経過措置対象者）については、全額公費負担、公費負担番号「52218013」の方（経過措置対象者以外）については、1/2公費負担となります。
- ・「食事療養費標準負担額」欄は、該当がない場合は「0」を記入してください。
- ・「担当者所属、氏名及び連絡先」欄は、問い合わせに対応いただける方について記入してください。
- ・医療機関コードについては、都道府県番号2桁+点数区分1桁（1：医科、3：歯科、4：調剤）+個別コード7桁を記入してください。