

小児慢性特定疾病医療費支給申請書兼口座振替依頼書

年 月 日

八王子市長様

|     |                                       |
|-----|---------------------------------------|
| 申請者 | 住所 〒                                  |
|     | 氏名 <span style="float:right">⑩</span> |
|     | 患者との続柄                                |

支払決定金額

¥

電話 ( )

捨印 ⑩

療養証明書及び関係書類を添えて、次のとおり小児慢性特定疾病医療費平成 年 月分を申請します。なお、支払決定金額を次の口座に振り込んでください。

|      | 金融機関名          | 金融機関コード    | 支店名                     | 店舗コード |
|------|----------------|------------|-------------------------|-------|
| 指定口座 | 銀行・金庫<br>組合・農協 |            | 支店                      |       |
|      | 預金種目           | 口座番号 (右詰め) | 申請者口座名義 (カタカナで記入してください) |       |
|      | 1 普通座<br>2 当座  |            |                         |       |

|            |                            |                            |                |  |           |       |   |       |  |  |   |
|------------|----------------------------|----------------------------|----------------|--|-----------|-------|---|-------|--|--|---|
| 受給者番号      |                            |                            |                |  | 患者氏名      |       |   |       |  |  |   |
| 病名         |                            |                            |                |  |           |       |   |       |  |  |   |
| 保険区分       | 種別                         | 健保組合・協会健保・船員・共済組合・国保・その他   |                |  |           | 記号・番号 | . |       |  |  |   |
|            | 保険者名 (社会保険事務所等)            |                            |                |  |           |       |   |       |  |  |   |
|            | 被保険者氏名                     |                            |                |  |           |       |   |       |  |  |   |
| 指定医療機関     | 病院・診療所・薬局・訪問看護事業者等         |                            |                |  | 診療日 (回) 数 |       |   | 日 (回) |  |  |   |
| 高額療養費特例の適用 | 無 <input type="checkbox"/> | 有 <input type="checkbox"/> | 支給決定金額 (高額療養費) |  |           |       |   |       |  |  | 円 |

(内訳)

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

※1 太枠内を必ず記入してください。

※2 患者一部負担額 (F) は、小児慢性特定疾病医療受給者証に記載された月額自己負担限度額を上限とします。

※3 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。

- ・保険給付外となっているもの (特別室使用料、文書料など)
- ・承認された病気以外の治療費など

※4 支払合計金額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、その支給決定通知又は証明書を添付して申請してください。**

※5 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下さい。