

小児慢性特定疾病医療費支給申請書【償還払い・管理票用】 (R3.4改訂)

年 月分

奈良県知事 殿

*日付は必ずご記入ください

年 月 日

自己負担上限額管理票の写しを添えて小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。

受給者氏名	ふりがな				申請者氏名	ふりがな				
						受給者との関係：父・母 ()				
申請者住所	〒 -									
	電話番号 - -									
振込先 金融機関	銀行コード				銀行・農協・信用組合・信用金庫					
	店番				支店		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			
	フリガナ				口座番号					
	名義人									
委任欄	※申請者以外の口座を指定するときは、この欄に必ず署名してください									
	私は、小児慢性特定疾病医療費の受領の権限を、代理人： (続柄：) に委任します。 申請者									
福祉医療制度等の受給	無・有【障・こども(乳幼)・ひとり親・重・精】 ※該当するものに○をつけてください									
公費負担者番号					認定開始年月日	令和	年	月	日	
自己負担上限額	円		階層区分			適用区分				
加入保険の種類別	協会けんぽ・健組・共済・国保・国組・その他							本人・家族		

※保健所記入欄

相手方コード

同意書

小児慢性特定疾病医療費の支給を受けるにあたり、必要があるときは、私の居住する市町村や加入する医療保険者に、高額療養費や医療付加給付金、福祉医療等の支給状況につき、報告を求めることに同意します。

奈良県知事 殿

年 月 日

申請者

印

住所

【受給者のみなさまへ】この用紙の記入についての注意事項が裏面にありますので、必ず読んでください。

【受給者のみなさまへの注意事項】

1. この申請書は、窓口で支払った医療費が自己負担上限額管理票に記載されている方で、自己負担上限月額の変更等によりすでに保険診療で支払った額の差額の還付を請求する際に使用してください。
この用紙は、月ごとに1枚使用してください。
受診時に自己負担上限額管理票の提出を忘れた場合は、償還払いの対象外となりますので、ご注意ください。
2. 申請の際は、自己負担上限額管理票の該当月のコピー及び小児慢性特定疾病医療費受給者証の写し(コピー)を一緒に提出してください。
3. 申請者と振込先の口座名義人は原則申請者としてください。申請者以外の口座を振込先に指定するときは、表面の委任欄に記名押印してください。
4. 健康保険組合等からの医療付加給付金がある場合は、支給決定通知書等(コピー可)を添付してください。

・健康保険組合(共済)名：
・健康保険組合(共済)電話番号：
5. 小児慢性特定疾病医療費の支給額決定には、上記医療付加給付金等の支給状況を把握する必要があるため、申請から医療費の支給までに約3か月かかります。
また、支給状況の確認のため、お住まいの市町村及びご加入の医療保険者に報告を求めることがあります。