

小児慢性特定疾病医療費支給申請書兼請求書兼口座振替依頼書

公費負担者番号	1	3	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 その他 ()
受給者番号	振込先口座			
受給者	住所	〒 ()		
	氏名	支店名		
	生年月日	支店出張所	支店番号	
申請者	右記証明のとおり、認定疾病に係る医療費の申請をします。支給額決定後は、右記の口座に振り込んでください。	口座番号 (7桁)	1 普通 2 当座 3 貯蓄	
	(宛先) 港区長	フリガナ		
	氏名	口座名義人		
	申請日 年 月 日	住所	〒 ()	
	電話番号	受給者との続柄 ()		

医療機関等証明欄

申請理由 (いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 有効期間内に主保険単独で支払をしたため。 <input type="checkbox"/> 受給者証を適用して支払をした医療費について負担上限月額が減額されたため。 <input type="checkbox"/> その他(理由を記載→)										
診療調剤	年月	保険種別	負担区分	限度額認定証の提示(支払時に提示があつた場合のみ適用区分を記載)	入院外来別調剤	受診日数	左記のうち、有効期間内の日数	1か月分の保険総点数(訪問看護ステーションの場合は総金額)	左記のうち有効期間内、かつ特定医療に係る保険点数(訪問看護ステーションの場合は金額)	窓口での患者負担額(注1)	※事務処理欄(この欄は記入しないでください。)
年月	国保(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割			入院(1) 外来(2) 調剤(4)	日 日		点(円)	点(円)	円	
								食事療養・生活療養標準負担額(注2)			
年月	国保(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割			入院(1) 外来(2) 調剤(4)	日 日		点(円)	点(円)	円	
								有効期間内の食事数×1食単価 () × () =		円	
年月	国保(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割			入院(1) 外来(2) 調剤(4)	日 日		点(円)	点(円)	円	
								有効期間内の食事数×1食単価 () × () =		円	
年月	国保(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割			入院(1) 外来(2) 調剤(4)	日 日		点(円)	点(円)	円	
								有効期間内の食事数×1食単価 () × () =		円	
年月	国保(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割			入院(1) 外来(2) 調剤(4)	日 日		点(円)	点(円)	円	
								有効期間内の食事数×1食単価 () × () =		円	
										合計	①

注1 「窓口での患者負担額」は、当該診療月における保険総点数分として窓口で支払った額(対象疾病以外の分も含みます。)の合計を記入してください。
 注2 食事療養標準負担額の5割が助成対象になります。ただし、公費負担者番号52137064の受給者証は、10割が助成対象になりません。

診療に要した費用の額
医療機関等証明欄の「窓口での患者負担額①」を記入してください。
円

上記のとおり証明します。 年 月 日
 [医科1・歯科3・調剤4・看護6]

医療機関名 所在地 施設名 管理者名 電話番号 ()

部署名 氏名 電話番号 (内線まで)

記入者名

同意書

本申請に関して、港区が直接保険者、医療機関等へ照会し、保険者、医療機関等が東京都に当該情報を提供することに同意します。
 (宛先) 港区長

(受給者) (申請者)

住所 住所

氏名 氏名

委任状

私は、下記の者を代理人と定め、港区の小児慢性特定疾病医療費等の請求及び受領に関する権限を委任します。
 (宛先) 港区長 年 月 日

(委任者/受給者本人)

住所 電話

氏名

(受任者/振込先口座名義人)

住所 電話

氏名