様式５－１

先天性血液凝固因子障害等 償還払申請書（受給者請求用）

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、医療機関・薬局及び保険者等に対し照会すること、及び住民基本台帳ネットワークシステムで調査することについて同意します。

**申請者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 患　　者  との続柄 | □本人　□配偶者　□父母　□子  □兄弟姉妹　□その他（　　　） |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　　－ | 電話番号 |  |
|  | | |

**患者（先天性血液凝固因子障害等医療受給者）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | □申請者と同じ | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |

**振込先金融機関　口座名義人は申請者と同一になります。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  （カナ） | カタカナで記入してください | | | | | | |

**委任欄　申請者と患者が異なる場合は記入が必要です。**

|  |
| --- |
| 私（患者）は、上記申請者を代理人と定め、先天性血液凝固因子障害等に係る償還払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（患者）住所  　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印 |

収受印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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６） |  | 枚 |
| □ | 医療受給者証のコピー | | |

償還払申請書（受給者請求用） 記入例

**申請者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 患　　者  との続柄 | □本人　□配偶者　□父母　□子  ✓  □兄弟姉妹　□その他（　　　） |
| 氏名 | 押印不要  ヒロシマ　アキ  広島　安芸 |
| 住所 | 〒  730-8511 | 電話番号 | ０９０　００１２　３４５６ |
| 広島市中区基町10-52 | | |

**患者（先天性血液凝固因子障害等医療受給者）**

患者氏名

申請者欄と同じ内容であれば省略

✓

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | □申請者と同じ | 受給者番号 | ０ | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ |

**振込先金融機関　口座名義人は申請者と同一になります。**

口座名義人は通帳などを見ながら正確に記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・農協  広島  信金・信組 | | 口座番号 | ０ | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ |
| 支店名 | 支店  県庁 | 普通 | 口座名義人  （カナ） | カタカナで記入してください  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  ヒロシマ　アキ | | | | | | |

**委任欄　申請者と患者が異なる場合は記入が必要です。**

|  |
| --- |
| 私（患者）は、上記申請者を代理人と定め、先天性血液凝固因子障害等に係る償還払の申請及び  受領に関する権限を委任します。  年　　月　　日  委任者（患者）住所  患者ご本人が申請されない場合は委任欄の記入が必要です。  　　　　　　　氏名 |

**申請にあたっての注意事項**

１ 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業は、広島県と委託契約を締結した医療機関に対して、県が医療費を負担する制度ですが、受給者証の交付申請から交付を受けるまでの間、対象となる医療費をすでに医療機関に支払った場合は、この申請書により、受給者証の有効期間以降の差額の申請をすることができます。（保険適応外の費用やサービスは、対象となりません。）

２ 診療報酬等領収証明書（様式５－３）は、医療機関ごとに作成してもらってください。

３ 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。

　高額療養費の上限を超える額は、加入している医療保険者へ請求してください。

　 なお、特定疾病療養受療証をお持ちの方は、月額10､000円までが本事業による公費負担になり、それを超える額は、加入している医療保険者の負担になります。