

## 小児慢性特定疾病医療費申請書（償還払）

年 月 日

広島県知事様

申請者住所 〒		
ふりがな 申請者氏名		
振込先	金融機関	銀行
	支店等	支店
金融機関	預金種目	普通・当座
	口座番号	

電話（ ） -

年 月分 を申請しますので、決定した金額を支払ってください。

小児慢性特定疾病医療費の償還を受けるにあたり必要があるときは受診者及び申請者の医療費及び診療内容等について、広島県が医療機関、保険者及び公費負担実施主体に調査することを同意します。

また、小児慢性特定疾病医療費の償還を受けるにあたり、必要があるときは受診者及び申請者の状況について、広島県が住民基本台帳ネットワークシステムで調査することに同意します。

受給者番号 (右つめ)					受診者氏名		
保険区分	種別 (○で囲む)				保険者名称		保険者の負担割合
	健保組合・協会けんぽ・共済組合・市町国保・ 国保組合・その他 ( )						8割
	被保険者氏名				記号・番号		7割
							その他 ( )
通院等の別	入院・通院・訪問看護・薬				診療日(回)数	日(回)	

- ※必要書類
- この申請書〔様式第12〕※裏面参照
  - 受給者証に記載された疾病の治療等を行った“指定医療機関”が発行した「領収書」及び「診療等明細書（医療内容、保険点数等を記載）」のコピー
  - 受給者証（自己上限額管理票を含む）のコピー
  - 医療費の振込先金融機関の口座が分かる書類「預金通帳」等のコピー
  - 高額療養費が適用されている場合は、「支給決定額の分かる書類」
  - 代理申請される場合は、「委任状」

※こども医療や重度心身障害者医療、ひとり親医療等で、既に精算済の場合は対象外です。（入院時の食事療養費を除く）

(県庁記入欄)

支給決定額 \_\_\_\_\_ 円

## 小児慢性特定疾病医療費申請書（償還払）の記入について

○添付していただく書類は、次のとおりです。

### 【全員】が提出する書類

#### ①小児慢性特定疾病医療費申請書

※ひと月ごとに作成してください。（2 か月間であれば、2 枚作成。）

#### ②診療内容を記載した領収書

※領収書や診療等明細書はコピー可。（レシート不可）

※対象は、受給者証の有効期間内で、記載された疾病に関する治療等に限る。

[病院・診療所] … 領収書 及び 診療明細書のコピー（内容が分かるもの）

[調剤薬局] … 領収書 及び 調剤明細書のコピー（内容がわかるもの）

[訪問看護] … 領収書 及び 訪問看護療養明細書のコピー（医療保険のみ）

#### ③受給者証（自己負担上限額管理票を含む）のコピー

※自己負担上限額管理票が未使用の場合も提出してください。

#### ④医療費振込先金融機関の口座が分かる書類（預金通帳のコピー）

※金融機関コードと口座名義の記載があるページをコピーしてください。

※通帳がない場合は、キャッシュカード もしくは 口座情報表示画面（支店名と金融機関名（カタカナ）がわかるもの）のコピーを提出してください。

### 【該当者のみ】が提出する書類

#### ⑤高額療養費振込決定金額決定通知書など、支給決定額の分かる書類

※高額療養費が適用されている場合。

※限度額認定証を使用していない場合は、医療保険者へ高額療養費の手続きが必要です。

#### ⑥申請者以外の方が代理申請される場合は、委任状〔様式 12-2〕

○入金までに 4～5 か月かかります。