

小児慢性特定疾病医療費支給申請書

受診者	フリガナ			受給者番号						
	氏 名			自 己 負 担 上 限 月 額	円					
申 請 額		円		高額療養費給付の有無 (※1)	有 ・ 無		1 給付基準を満たさないため 2 給付対象だが未申請のため			
受 給 者 証 の 有 効 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日								
申 請 理 由 *該当する番号に○を付け、理由を記載する。		1 受給者証の有効期間内の療養で、受給者証の交付前に、支給認定を受けた小児慢性特定疾病の治療等を受け、その医療費を支払ったため 2 その他 ()								
上記のとおり受給者の負担すべき額を超える医療費を支払ったので、当該医療費の支給を申請します。 年 月 日 京 都 府 知 事 様										
申請者 (※2)	氏 名				受診者との続柄			日中に連絡が取れる電話番号 () -		
	住 所	〒 -								
	振込先口座	銀行・農協 金庫・組合			金融機関コード		支 店 出張所		支店コード	
		種 別	口 座 番 号			*右詰めで記入		カタカナ		
		普通 ・ 当座						口座名義		
支給決定額 ※記入不要		円								

- ※1 高額療養費の給付がない場合は、その理由について1又は2に○を付けてください。
- ※2 受診者が未成年の場合は受給者証に記載された保護者の方が申請してください。また、必ず申請者名義の振込先口座を記載してください。
- ※3 医療費の算定に当たり、医療保険者又は医療機関等に医療費の内容を確認する場合がありますので、あらかじめご了承の上、下記の同意書にご署名をお願いします。

(添付書類)

- 小児慢性特定疾病医療費証明書(別記様式第9号)
医療機関等に作成を依頼し添付してください。ただし、上記「申請理由」の1に該当する場合は、当該証明書に代えて、領収書(受診者、診療日、診療科、負担割合及び領収印が確認できるもの)及び診療報酬明細書を添付することができます。
- 高額療養費の支給を受けることができる場合は、医療保険者が交付する支給決定通知書の写し
- 自己負担上限額管理票の写し(該当するすべての月のページに氏名及び受給者番号を記載すること。)
- 受給者証の写し

同 意 書

私が京都府に対して行う小児慢性特定疾病医療費の請求に関する事項について、京都府が私の加入する医療保険の保険者及び医療機関(薬局、訪問看護ステーションを含む。)に照会し、又はこれらの者から情報を取得することに同意します。

年 月 日

受 診 者 (氏名) _____

被 保 険 者 (住所) _____

(氏名) _____ (受診者との続柄) _____

○医療費の給付対象

- 1 支給認定を受けた小児慢性特定疾病について、受給者の負担となる額を超える医療費を支払った場合は、その超える額の給付を受けることができます。
- 2 給付の対象は、受給者証の有効期間内に受けた治療等の医療費(医療保険適用分)で、医療費総額から医療保険負担額(高額療養費・付加給付を含む。)及び自己負担額を差し引いた額です。支給認定を受けた小児慢性特定疾病の治療等であっても、受給者証の有効期間以外で行われたものは、給付の対象となりません。
また、入院の場合は、原則として食事療養標準負担額の2分の1が給付対象となります。(医療機関に支払った額のうち、一定額を給付)
- 3 医療費が高額となった場合は必ず高額療養費の申請を行い、その支給決定後に小児慢性特定疾病医療費の支給申請を行ってください。高額療養費が確定しないと小児慢性特定疾病医療費の算定できません。高額療養費の申請手続は加入する医療保険者に確認してください。
- 4 医療機関等へ受給者証を提出しなかったため小児慢性特定疾病の医療費助成が受けられず、当該医療費を申請する場合は、必ず小児慢性特定疾病医療費証明書(別記様式第9号)に医療機関等の証明を受け、この申請書に添付してください。(受給者証が交付される前に受診した場合は、当該証明書に代えて領収書及び診療報酬明細書を添付することができます。)
- 5 支給認定を受けた小児慢性特定疾病と関係のない治療費や医療保険適用外の費用(自費診療、各種証明手数料、差額ベッド代等)は給付対象となりません。また、他の医療給付を受けた場合は、小児慢性特定疾病医療費は給付されません。