

小児慢性特定疾病医療費償還払申請書

北海道知事 様

年 月 日 すて印

次のとおり 年 月分を申請します。

なお、この申請に関して不明な点がある場合、北海道（受付機関である小樽市を含む）が、直接、医療機関へ照会を行うことに【1. 同意します。 2. 同意しません。】

※（申請者の方に）太枠の中、氏名のフリガナの記入をお願いします。また、裏面も必ずご覧ください。

申請者	郵便番号	—		電話番号 (左詰・ハイフン付)				
	住所							
	フリガナ	(姓)	(名)			(印)	患者との続柄	
	氏名							
振込口座	金融機関名	本店支店名	金融機関コード	店番号	口座番号（右詰7桁）			隔地払希望 <input type="checkbox"/>
		店			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			
フリガナ	(姓)	(名)			生年月日			
患者氏名						年	月	日
受給者証番号			自己 限度額	円	有効期間 の始期	年	月	日から
保険種類	<input type="checkbox"/> 被用者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国保組合							
申請額				支払決定額				
円				円				

A 小児慢性特定疾病の請求内訳兼医療機関等の証明欄			B 査定額欄																																						
内	内 訳	総医療費 (10割) (円・単位)	窓口支払額 (円)	高額療養費算出額 (円)	一部負担額 (円)	支払決定額 (円)																																			
入 院	医療費 利用料			/																																					
	食事療養費 生活療養費																																								
外 来 等	医療費 利用料																																								
	調剤薬局																																								
	訪問看護等																																								
合 計																																									
患者（ ）に係る 年 月分の小児慢性特定疾病の 医療費は上記のとおりであることを証明します。 年 月 日				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <table style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td colspan="4"></td></tr> </table> </div> <p style="font-size: small;">※診療（調剤）日に○をつけてください。</p>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	2	3	4				5	6	7																																
8	9	10	11	12	13	14																																			
15	16	17	18	19	20	21																																			
22	23	24	25	26	27	28																																			
29	30	31																																							
医療機関等 名 称				保健所 收受印																																					
電 話 代表者名				本 庁																																					
高額療養費算出 ① + (-) × 1% = 円				適用区分																																					
② - = 円																																									

<主な金融機関コード>

北洋銀行…「0501」 北海道銀行…「0116」 ゆうちょ銀行…「9900」
北海道信用金庫…「1001」 北海道労働金庫…「2951」

小児慢性特定疾病医療費は、原則として、指定医療機関等に対して道が支払う制度ですが、小児慢性特定疾病医療受給者証（以下「受給者証」という。）の交付申請をされてから、交付を受けるまでの間、小児慢性特定疾病の治療に係る医療費をすでに指定医療機関に支払ったとき、病状の急変などやむを得ない事情により、指定医療機関等以外医療機関を受診し、医療費を支払ったとき等は、この申請書により月額自己負担限度額との差額を請求することができます。

申請者について

患者の保護者又は患者本人です。

申請を行える期間について

小児慢性特定疾病医療費に相当する医療費等を医療機関に支払った月又は受給者証が交付された月のいずれか後の月の翌月から5年間です。

指定医療機関等への照会について

医療費の額などについて不明な点がある場合、指定医療機関等に照会を行う必要があります。北海道が直接、指定医療機関等へ照会を行うことに同意いただける場合は、「同意します。」に○を付してください。

なお、同意いただけない場合は、申請者本人を通じて指定医療機関等へ照会を行っていただくこともありませんので、ご承知おきください。

申請方法について

(1) 「医療機関等の証明による申請」の場合

医療機関等において、この申請書に小児慢性特定疾病の治療に係る医療費について証明をしてもらい、必要事項を記載の上、申請してください。申請書は、**診療月ごと、医療機関等ごとに1枚**としてください。（同じ病院内にあっても、医科（内科、外科など）と歯科（口腔外科含む）は別の医療機関です。）

(2) 「領収書添付による申請」の場合

この申請書に医療機関等が発行する領収書原本（申請窓口で原本謄写した場合は写しでも可）を添付し、必要事項を記載の上、申請してください。ただし、受診者氏名、保険区分、診療科、総医療費などの記載がない領収書、レシートでの申請はできません。

領収書原本の返却を希望する場合は、申請時にその旨を申し出てください。

(3) 調剤薬局分のみ申請はできません。処方箋を発行した医療機関の医療費と保険調剤分を一緒に申請してください。

高額療養費について加入している医療保険から高額療養費をすでに受領している場合は、受領額を確認できる書類（支給決定通知書等の写し）を添付してください。

なお、高額療養費の手続前、手続済みで受領前の場合は、添付の必要はありません。

申請書の記載に当たって

- (1) 振込口座欄は、申請者の口座を記入してください。（銀行口座を開設していない方は、「隔地払希望」にレ点を付けてください。隔地払とした場合は、ゆうちょ銀行から送付される「郵便振替払出証書」による郵便局での受取となります。）
- (2) 保険の種類欄は加入している保険にレ点を付けてください。
- (3) 「支払決定額」及び「B査定額」の欄は記入しないでください。

この申請書の証明欄Aは、小児慢性特定疾病の治療を受けた患者さんが、医療機関等の窓口で支払った医療費の償還払を申請するために必要な事項について、医療機関からの証明をお願いするものです。したがって、小児慢性特定疾病以外の治療及び受給者証の有効期間以外における治療等については対象外となります。

申請書は、診療月ごとに**該当月の総医療費（有効期間の始期を問わず）**を記載してください。高額療養費の委任払をしているときは、余白にその旨を記載願います。

訪問看護ステーション基本利用料は、外来等の「訪問看護等」欄に記入してください。

調剤薬局における保険調剤は外来等の「調剤薬局」欄に記入し、外来等の「医療費・利用料」欄に処方箋発行医療機関名を記載してください。

証明欄は、医療機関等の所在地、名称及び代表者名を記載し、代表者印を押印してください。