

小児慢性特定疾病 医療費等請求チェック表

医療費請求をすることができます

- ① 新規申請をしてから、受給者証がお手元に届くまでに医療費を支払った場合
- ② 医療機関へ受給者証を提示せず、公費負担の適用ができていなかった場合
- ③ 自己負担上限額が下がった場合で、その適用日以降に自己負担上限額を超える医療費を支払った場合

医療費請求の対象になりません

- ① 医療機関の月毎の医療費が自己負担額を超えていない場合（3割負担の医療費は請求できます）
- ② 診療日が、受給者証の有効期間外の場合
- ③ 文書料、入院時の差額ベッド代など、健康保険の保険適用ではない場合

※ 患者が18歳未満の場合、保護者が申請してください。

患者が18歳以上の場合、患者本人の口座に振り込みます。本人以外の口座に振り込む場合は委任状が必要になりますのでご注意ください。

※ 小児慢性特定疾病医療受給者証と福祉医療（乳幼児等・こども医療、母子家庭等医療、障害者医療）両方の助成対象となる場合、小児慢性特定疾病医療受給者証が優先されるため、先に小児慢性特定疾病医療受給者証を適用する必要があります。福祉医療の方が小児慢性特定疾病より自己負担額が少ない場合は、小児慢性特定疾病制度で医療費を請求した後で、自己負担差額分を市役所医療年金課へ請求することができます。必要書類は、市役所医療年金課 0798-35-3188 へお問い合わせください。

※ 医療費の振込は、申請から4～5ヶ月後です。

※ 高額療養費に該当する場合は、各保険組合に請求してください。

必要書類

① 医療費等請求書 ※利用月ごとに1枚必要。裏面「申請書の書き方見本」をご確認ください。

② 領収書の原本 ※コピー不可

窓口で申請される場合は申請手続き完了後、領収書原本をその場で返却します。

郵送申請で返却希望の方は、「領収書返却希望」と申請書の余白にご記入ください。

普通郵便での返却になりますので、予めご了承ください。

③ （高額療養費の支給対象になる場合）領収書のコピーと高額療養費支給通知書

④ 小児慢性特定疾病受給者証（コピー）

⑤ 口座番号・支店名等がわかるもの（コピー）（通帳・キャッシュカード等）

⑥ 自己負担上限額管理表（該当月のページのコピー）

見本

小児慢性特定疾病医療費等請求書

受付印

西宮市保健所長 様

令和 2 年 4 月 1 日

受診者	公費負担者番号	5	2	2	8	8	0	4	0	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	ニシノミヤ タロウ							生年月日	平 令 20年 1月 1日							
	氏名	西宮 太郎															
	受給者証の有効期間	令和 2年 2月 1日 ~							令和 2年 9月 30日								
申請者 (口座名義人)	フリガナ	ニシノミヤ ハナコ							受診者との 続柄	母							
	氏名	西宮 花子															
	住所	西宮市江上町3-26 TEL 0798 - 26 - 3669															
	金融機関名	西宮 銀行・信用金庫 農協・信用組合							夙川 本店・普通 支店・その他								
	店番号	000			口座番号			0123456									
令和 2年 2月分の小児慢性特定疾病の医療費（公費負担）請求額は記入しないでください																	
請求額 円																	

※ 保護者が申請してください。

医療機関証明欄（領収書の添付がない場合） ※裏面の注音事項をご確認ください

この欄は、通常の申請では必要ありません。領収書を紛失し、医療機関が再発行できない場合のみ、この申請書を医療機関に持っていき、この欄に証明を受けてください。

保険種別及び自己負担割合 (該当するものを○で囲む)	1.																	
入院証明欄	5.																	
通院・調剤等証明欄		年	月	日														
区分	日数 回数	医療費総額 (10割)	患者負担額	(保健所使用欄)														
				公費負担額	患者一部負担額	患者一部負担額	備考											
入院医療費		円	円	円	円	円	円											
入院時食事療養費 (標準負担額)		(標準負担額) 円	(標準負担額×回数) 円	円	円	円	円	円										
通院医療費		円	円	円	円	円	円	円										
院外処方による 調剤報酬		円	円	円	円	円	円	円										
訪問看護療養費 (基本利用料)		円	円	円	円	円	円	円										
合計		円	円	円	円	円	円	円										

上記の患者負担額を領収したことを証明します。所在地 _____

令和 年 月 日 名称 _____

指定小児慢性特定疾病医療機関 TEL _____