小 児 慢 性 特 定 疾 病 医 療 費 支 給 申 請 書

　　年　　月　　日

　山 口 県 知 事 　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者　住　所  氏　名  電話番号 | 〒 | |
|  | (患者との続柄　　　　) |
| (　　　　　　)　　　　　　－ | |

　　　年　　　月分の医療費の支給を下記のとおり申請します。支給額は下記の振込口座に振り込んでください。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者  氏 名 |  | | 生年  月日 | 平・令  年 　 月 　 日(　　　歳) | | 受給者  番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口 座  名義人 |  | | 銀行  信用金庫  農協 | | 支店  出張所  支所 | 普通  当座 | 口座番号(右詰) | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| (カタカナ) |  | |
| 支 給 申 請 額 | |  | | | | | | | | | | | |

**委　任　状**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代理人  (窓口に来られる方) | 住所  氏名 | |
| 私は、上記の者を代理人と定め、小児慢性特定疾病医療費支給申請及び受領に係る一切の権限を委任します。 | | |
| 委任者  (申請者) | 住所  氏名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 注 | (1) **申請者は原則として受給者の保護者です。**  (2) **申請者と窓口に来られる方が異なる場合は委任状の記載が必要となります。**  (3) 申請の際には、裏面に記載する書類を添付して御提出ください。  (4) 振込口座は、**申請者若しくは代理人を口座名義人とする口座にしてください。**  (5) 下部※欄は記入しないでください。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※支給決定 | 医療費管理票  医療費領収証書 | 総医療費  (A) | 患者支払額　　　(B)  高額療養費現物給付（ 有 ・ 無 ） | 自己負担上限月額  　　　　　　円(C) | | | |
| 円 | 円 |
|  | 受給者負担割合適用後額　(D)  （　２　割) |  | 管理票自己負担  累積額(E) | 患者残り負担額  (C-E=F) | 過払い額  (D-F=G) |
| 円 | 円 | 円 | 円 |
| 高額療養費現金給付額  有（　　　　　　円）  無 | |  |  | | |  |
| 保険割合による差額  (B-D=H) |  | | | 医療費支給決定額  (G+H=I) |
| 円 | 円 |
|  | | | | | | |
| 食事療養標準負担額 (J)  (入院時) | | 支給額  (J÷2=K) |  | | | 総支給決定額  (I+K=L) |
| 円 | | 円 | 円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※経由保健所 | 保健所 | ※保健所受付日 | ・ ・ |

**添付書類について**

|  |  |
| --- | --- |
|  | チェック |
| **(1) 医療受給者証が提示できない状態(新規申請中など)で医療機関を受診し、医療費一部負担金を支払ったことにより、受給者証を提示した場合の支払額から差が生じた場合** |  |
| 小児慢性特定疾病医療受給者証＆自己負担上限額管理票のコピー＜最新のもの＞ | □ |
| 該当期間の領収証書 | □ |
| **【領収証書の請求対象期間に、医療費受給者証における有効期間外の日付が含まれる場合】**  **【領収証書の請求対象費用に、認定を受けた疾病以外の疾病に対する費用が含まれる場合】**  医療費等内訳書 | □ |
| **【領収証書を紛失した場合】**  医療費等領収証明書 | □ |
| **【医療保険者から、該当期間を含む月に対する高額療養費の支給がある・あった場合】**  高額療養費支給決定通知  予め医療保険者に問い合わせることをお勧めします  受給者が被扶養者の場合は「家族療養費」として支給される場合もありますのでご注意ください | □ |
| 振込先口座情報が確認できるもの(通帳、キャッシュカード)のコピー | □ |
|  |  |
| **(2) 自己負担上限額管理票の「自己負担の累計額(月額)」に記載された支払済金額が医療費受給者証の月額自己負担上限額を超えた場合** |  |
| 小児慢性特定疾病医療受給者証＆自己負担上限額管理票のコピー＜最新のもの＞ | □ |
| 小児慢性特定疾病医療受給者証＆自己負担上限額管理票のコピー  ＜該当期間の「自己負担の累計額(月額)」が記載されたもの＞ | □ |
| 振込先口座情報が確認できるもの(通帳、キャッシュカード)のコピー | □ |

**◆ 高額療養費が支給される目安 ◆**

領収額の合計が下記一覧の金額を超えた場合、高額療養費の給付があります

|  |  |
| --- | --- |
| 適用区分 | 医療保険上の自己負担限度額 |
| ア | 252,600円+(総医療費-842,000円)×1% |
| イ | 167,400円+(総医療費-558,000円)×1% |
| ウ | 80,100円+(総医療費-267,000円)×1% |
| エ | 57,600円 |
| オ | 35,400円 |

合算できるのは保険対象費用の領収額が21,000円を超える領収証書に限ります