

小児慢性特定疾病療養費支給申請書

年 月 日

(あて先) 仙台市長

申請者 住 所

氏 名

対象児童等との続柄 ()

仙台市小児慢性特定疾病医療費支給認定及び支給事務取扱要領第 1 6 条第 1 項の規定により、下記のとおり申請します。

記

受給者番号		受診者氏名	
療養費払を 必要とする 理 由	☐ 受給者証交付前の受診 ☐ 受給者証未提示 ☐ その他 ()	申請金額	円

支給決定額	* 円
-------	-----

*の欄は記入しないでください。

(注) 受給者証の写し、上限額管理票の写し、領収書の写しを必ず添付してください。また、高額療養費支給適用となった場合は、それを証明する書類を添付してください。

《 医療機関・保険薬局の証明 》

①被保険者負担割合	☐ 2 割 ☐ 3 割	小児慢性特定疾病の公費適用 ※支払い当時の会計の公費の適用有無を識別	☐ 適用済み ☐ 適用無し			
①限度額適用認定証 による現物給付	☐ 有り (ア イ ウ エ オ 多数回該当 ☐ 有 ☐ 無) ☐ 無し					
②診療 区分	医療費 区分	診療期間	診療日数	総医療費	医療費患者負担額	入院時食事療養費標準負担額 (食事回数)
上端に同月内の総額を記載。下段に小児慢性特定疾病に係る医療費の抽出額を記載。						
入 院	医療費保険 対象分総額	年 月 日～ 日	日	円	円	円 (円× 回)
	③うち小慢 対象分	年 月 日～ 日	日	円	円	円 (円× 回)
外 来	医療費保険 対象分総額	年 月 日～ 日	日	円	円	
	③うち小慢 対象分	年 月 日～ 日	日	円	円	
受診者 様の患者支払額について、上記のとおり受領したことを証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 (保険薬局) 名 称 代表者 (自署または記名押印)						
④連絡先 (Tel) 所属部署・担当者名						

(注) この申請書は、受診月ごと、医療機関ごとに 1 枚提出していただく必要があります。
証明書作成上の留意点・記入例は裏面に記載しています。

【記入上の留意点】

- ①窓口で実際に適用した「被保険者負担割合」及び「高額療養費の適用区分」を記載してください。
- ②調剤薬局及び訪問看護ステーションの場合は、「外来等」の欄に記入してください。
- ③医療費保険対象分総額総医療費と同額であったとしても必ず記入してください。
- ④記載内容に不明な点があった場合は、区役所・支所又は子ども家庭保健課から問い合わせをいたしますので、連絡先及び所属部署・担当者名は必ず記載願います。また、療養費証明書のコピーを保管願います。

【記載例】

《 医療機関・保険薬局の証明 》

①被保険者負担割合		☐ 2割 ☒ 3割		小児慢性特定疾病の公費適用 ※支払い当時の会計の公費の適用有無を識別		☐ 適用済み ☒ 適用無し
①限度額適用認定証 による現物給付		☒ 有り (ア ☒ ウ エ オ 多数回該当 ☐ 有 ☐ 無し) ☐ 無し				
②診療 区分	医療費 区分	診療期間	診療日数	総医療費	医療費患者負担額	入院時食事療養費標準負担額 (食事回数)
	上端に同月内の総額を記載。下段に小児慢性特定疾病に係る医療費の抽出額を記載。					
入 院	医療費保険 対象分総額	令和●年 4 月 1 日～10 日	10 日	1,000,000 円	300,000 円	13,260 円 (510 円×26 回)
	③うち小慢 対象分	令和●年 4 月 5 日～10 日	6 日	800,000 円	240,000 円	8,160 円 (510 円×16 回)
外 来	医療費保険 対象分総額	令和●年 4 月 20 日～20 日	1 日	10,000 円	3,000 円	
	③うち小慢 対象分	令和●年 4 月 20 日～20 日	1 日	10,000 円	3,000 円	
受診者 青葉 太郎 様の患者支払額について、上記のとおり受領したことを証明します。						
令和●年 5 月 20 日 医療機関 所在地 宮城県仙台市青葉区国分町 3 丁目 7 - 1 (保険薬局) 名 称 仙台小慢病院 代表者 仙台 花子 (自署または記名押印)						
④連絡先 (Tel) 022-261-1111 (内線 720-3313) 所属部署・担当者名 医事課 若林 里美						

問い合わせ先（受診者がお住まいの区の区役所・支所へお問い合わせください）

青葉区役所保育給付課	電話：022-225-7211（代）
青葉区宮城総合支所保健福祉課	電話：022-392-2111（代）
宮城野区役所保育給付課	電話：022-291-2111（代）
若林区役所保育給付課	電話：022-282-1111（代）
太白区役所保育給付課	電話：022-247-1111（代）
泉区役所保育給付課	電話：022-372-3111（代）