

小児慢性特定疾病医療費支給申請書

年 月 日

(宛先) 名古屋市長

申請者	フリガナ		受診者との 続 柄	
	氏 名			
	フリガナ			
	住 所			
	電話番号	() -		
受給者証	受診者 氏 名		受給者番号	
	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		

下記のとおり申請します。

申請額	円
-----	---

(医療機関・調剤薬局証明欄①)

申請の理由 (いずれかに○)			1 承認期間中に保険のみで支払いをしたため。 2 徴収基準額が変更されたため。 3 複数の医療機関で徴収基準額を超える支払いをしたため。				
診療年月	診療科名	区分	診療 日数	診療(調剤)報酬 明細書による点数	食事療養費 標準負担額	自己負担 割 合	医療機関で 本人から 徴収した額
年 月		入院 通院 調剤	日	月計 点	円 (@300 円 × 食分)	2 割 3 割	円 (うち食事療養費 円)
年 月		入院 通院 調剤	日	月計 点	円 (@300 円 × 食分)	2 割 3 割	円 (うち食事療養費 円)
年 月		入院 通院 調剤	日	月計 点	円 (@300 円 × 食分)	2 割 3 割	円 (うち食事療養費 円)
(注)・受給者証の有効期間内における小児慢性特定疾病に関する診療分について証明してください。 ・複数の診療科で受診の場合、月単位で合算した点数を記入してください。 ・食事療養費標準負担額は小児慢性特定疾病受給者証を提示した場合による標準負担額及び徴収額を記入してください。 ・食事療養費標準負担額について、負担金額がない場合「0」と記入してください。 ・訪問看護分(医療保険)は第 16 号様式に証明してください。							
上記のとおり証明します。 〒			年 月 日		【証明担当】 所属部署名: _____ 記入者名: _____ 電話番号: _____		
所在地							
名 称							

- 注 1 太線で囲った部分は、申請者が記入してください。
- 2 二重線で囲った部分は、医療機関又は調剤薬局で証明を受けてください。(同一月に複数の医療機関で受診した場合は、医療機関・調剤薬局証明欄①以外の医療機関について裏面の証明欄にそれぞれ証明を受けてください。)
- 3 この申請書は、直接、名古屋子ども青少年局子育て支援部子育て支援課
(〒460-8508 名古屋市中区三の丸三丁目 1 番 1 号 電話 052-972-2629) へ提出してください。
- 4 自己負担が高額療養費制度の自己負担限度額を超えた場合、その超えた額については、保険者又は市町村に高額療養費の請求を行ってください。
- 5 お振り込みには、申請書受付後 1~2 か月ほどかかります。
- 6 医療機関・調剤薬局証明欄について、証明にあたり医療機関によっては、文書料が必要となる場合があります。

【高額療養費制度の自己負担限度額】適用区分により以下のとおり

- 適用区分がアの場合・・・252,600 円 + (総医療費 - 842,000 円) × 1 %
- 適用区分がイの場合・・・167,400 円 + (総医療費 - 558,000 円) × 1 %
- 適用区分がウの場合・・・80,100 円 + (総医療費 - 267,000 円) × 1 %
- 適用区分がエの場合・・・57,600 円
- 適用区分がオの場合・・・35,400 円

(裏面)

(医療機関・調剤薬局証明欄②)

申請の理由 (いずれかに○)			1 承認期間中に保険のみで支払いをしたため。 2 徴収基準額が変更されたため。 3 複数の医療機関で徴収基準額を超える支払いをしたため。				
診療年月	診療科名	区分	診療 日数	診療(調剤)報酬 明細書による点数	食事療養費 標準負担額	自己負担 割合	医療機関で 本人から 徴収した額
年 月		入院 通院 調剤	日	月計 点	円 (@300 円 × 食分)	2 割 3 割	円 (うち食事療養費 円)
年 月		入院 通院 調剤	日	月計 点	円 (@300 円 × 食分)	2 割 3 割	円 (うち食事療養費 円)
年 月		入院 通院 調剤	日	月計 点	円 (@300 円 × 食分)	2 割 3 割	円 (うち食事療養費 円)
(注)・受給者証の有効期間内における小児慢性特定疾病に関する診療分について証明してください。 ・複数の診療科で受診の場合、月単位で合算した点数を記入してください。 ・食事療養費標準負担額は小児慢性特定疾病受給者証を提示した場合による標準負担額及び徴収額を記入してください。 ・食事療養費標準負担額について、負担金額がない場合「0」と記入してください。 ・訪問看護分(医療保険)は第16号様式に証明してください。 上記のとおり証明します。 年 月 日 【証明担当】 〒 所在地 所属部署名： 名称 記入者名： 電話番号：							

(医療機関・調剤薬局証明欄③)

申請の理由 (いずれかに○)			1 承認期間中に保険のみで支払いをしたため。 2 徴収基準額が変更されたため。 3 複数の医療機関で徴収基準額を超える支払いをしたため。				
診療年月	診療科名	区分	診療 日数	診療(調剤)報酬 明細書による点数	食事療養費 標準負担額	自己負担 割合	医療機関で 本人から 徴収した額
年 月		入院 通院 調剤	日	月計 点	円 (@300 円 × 食分)	2 割 3 割	円 (うち食事療養費 円)
年 月		入院 通院 調剤	日	月計 点	円 (@300 円 × 食分)	2 割 3 割	円 (うち食事療養費 円)
年 月		入院 通院 調剤	日	月計 点	円 (@300 円 × 食分)	2 割 3 割	円 (うち食事療養費 円)
(注)・受給者証の有効期間内における小児慢性特定疾病に関する診療分について証明してください。 ・複数の診療科で受診の場合、月単位で合算した点数を記入してください。 ・食事療養費標準負担額は小児慢性特定疾病受給者証を提示した場合による標準負担額及び徴収額を記入してください。 ・食事療養費標準負担額について、負担金額がない場合「0」と記入してください。 ・訪問看護分(医療保険)は第16号様式に証明してください。 上記のとおり証明します。 年 月 日 【証明担当】 〒 所在地 所属部署名： 名称 記入者名： 電話番号：							