小児慢性特定疾病医療費償還払申請書

広島県知事 殿

下記の申請月分について、関係書類を添えて医療費の支給を申請します。
また、この申請に関して、広島県が必要に応じ、医療機関・薬局及び保険者等に照会することについて同意します。

申請月

年 月～ 年 月分 (ただし、 年 月分を除く。)

患者 (小児慢性特定疾病医療費 受給者)

氏 名	受給者番号
-----	-------

申請者 患者が 18 歳未満の場合は、被保険者又は保護者が申請者になります。

フリガナ		患 者 との続柄	☐ 父母 ☐ 本人 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他 ()
氏 名		電 話 番 号	
住 所	〒 -		

振込先金融機関 口座名義人は申請者と同一になります。

金融機関名	銀行・農協 信金・信組	口座番号	
支 店 名	支店 普通	口座名義人 (カナ)	カタカナで記入してください

委任欄 受給者証の申請者以外の方が償還払いを申請する場合は記入が必要です。

(受給者証の申請者である父に代わって、母が償還払いを申請する場合 など)

私 (受給者証の申請者) は、上記申請者を代理人と定め、小児慢性特定疾病医療費償還払の申請及び受領に関する権限を委任します。

年 月 日

委任者 住所

氏名

印

添付書類	☐ 振込先口座のわかるもの (通帳 2 ページ目など) のコピー
	☐ 診療報酬等領収証明書 (様式第 13 号) 枚
	☐ 受給者証・自己負担上限額管理票のコピー

保健所收受印

裏面の記入例もご確認ください

記入例

申請月

令和6年10月～令和7年1月分

(ただし、令和6年12月分を除く。)

患者（小児慢性特定疾病医療費 受給者）

氏名		受給者番号	0	1	2	3	4	5	6
----	--	-------	---	---	---	---	---	---	---

申請者 患者が18歳未満の場合は、被保険者又は保護者が申請者になります。

フリガナ	ヒロシマ アキ	患者	☒ 本人 ☐ 配偶者 ☐ 父母 ☐ 子
氏名	広島 安芸	との続柄	☐ 兄弟姉妹 ☐ その他（ ）
住所	〒730-8511	電話番号	090 0012 3456
	広島市中区基町10-52		

振込先金融機関 口座名義人は申請者と同一になります。

金融機関名	広島	☒ 銀行・農協 ☐ 信金・信組	口座番号	ゆうちょ銀行の場合、 支店名は漢字の店名（例：五四八）、 口座番号は7桁を記入
支店名	県庁	支店 ☐ 普通	口座名義人 (カナ)	ヒロシマ アキ

口座名義人は通帳などを見ながら正確に記入してください。

委任欄 受給者証の申請者以外の方が償還払いを申請する場合は記入が必要です。

(受診者証の申請者である父に代わって、母が償還払いを申請する場合 など)

私（受給者証の申請者）は、上記申請者を代理人と定め、小児慢性特定疾病医療費償還払の申請及び受領に関する権限を委任します。

年 月 日

委任者 住所
氏名

受給者証の申請者ご本人が申請されない場合は、委任欄の記入が必要です。

申請にあたっての注意事項

- 診療報酬等領収証明書は、指定医療機関ごとに作成してもらってください。
- 認定された小児慢性特定疾病指定難病に係る医療費のうち、支給認定期間内で、小児慢性特定疾病指定医療機関で受けた治療費について、支払いの対象になります。
- 高額療養費制度で払戻を受けることができる医療費は、この申請に含むことはできません。
※ 高額療養費制度の詳細については、ご加入の医療保険の保険者にお問い合わせください。
- こども医療や重度心身障害者医療、ひとり親医療等で、既に清算済の場合は対象外です。
※ 入院時の食事療養費を除く。