

医療費支給申請書 兼 口座振替依頼書(肝がん・重度肝硬変用)

この申請書は、受給者証又は医療券を使わずに支払った医療費や自己負担上限額を超えて支払った医療費を請求するためのものです。**該当する医療費がないときは、提出の必要はありません。**詳しくは裏面をお読みください。

- ・申請書は医療機関等ごとに1枚必要です。(証明書発行にかかる手数料は助成対象外です。)
- ・申請者の方は、太枠の中を記入又は医療機関等で証明を受けて、**下記まで郵送してください。**
- ・**裏面の記載例・注意事項を必ずお読みください。**
- ・振込み時に、支給額・振込予定日を郵送でお知らせします。(振込みまで2～3か月程度かかります。)

【書類送付先】	〒163-8001 新宿区西新宿2-8-1 東京都福祉局生活福祉部医療助成課マル都担当 電話 03(5320)4454
---------	--

・太枠の中は、必ず記入してください。

(公費)負担者番号		3	8	1	3	6	0	2	4	受給者番号												
振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協								預金種別		1 普通 2 当座 3 貯蓄										
		口座番号 (7桁) 番号は右詰めで記入 ・ゆうちょ銀行への振込みも可能です。(裏面に記入方法あり)								口座番号 (7桁)												
	支店名	支店 出張所				支店番号					口座名義人	フリガナ										
												漢字										

右記のとおり、認定疾病に係る医療費の申請をします。支給額決定後は、上記の口座に振り込んでください。
また、本申請に関して、東京都が直接保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が東京都に当該情報を提供することに同意します。

東京都知事 殿

(受給者)		(申請者) ※受給者と申請者が同じ場合は記載不要です。	
〒(—) 住所		〒(—) 住所	
氏名		氏名	
生年月日 (大正 昭和 平成 令和)		受給者との続柄 ()	
年 月 日			
電話		電話	

※上記振込先口座にゆうちょ銀行を指定する場合は振込用の支店番号・口座番号を記入ください。 不明の際は、右欄に記号・番号を記入ください。											
通帳記号(左から5桁)						通帳番号(末尾1を含む8桁)					
1					0						1

※受給者以外の口座を振込先として指定する際は委任状の記入が必要です。(詳しくは裏面をお読みください。)

委 任 状			
私は、下記の者を代理人と定め、東京都の医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。			
東京都知事 殿		年 月 日	
(委任者／受給者本人)		(受任者／振込先口座名義人)	
住所		住所	
氏名		印	氏名
			印

医療費支給申請 兼 医療機関等証明 欄

医療費の支給を申請する月について、「医療記録票」の内容に基づき申請者が記入してください。
ただし、医療記録票がない場合に、下欄を医療機関に記入いただいた上で「医療機関等証明書」として提出することも可能です。
(申請書は医療機関等ごとに1枚必要です。)

診療 調剤	年月	保険種別	負担区分	入院 外来 別 調剤	関係医療の 受診日数	関係医療の 医療費総額 (「医療記録票」の 「 ● 関係医療の医療費総 額(10割分)」欄に記 載された額)	窓口支払額 (「医療記録票」の 「 ◎ 関係医療の窓口支 払額」欄に記載された 額)	※事務処理欄 (この欄は記入し ないでください)
年 月	国保(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)		日	円	円	
年 月	国保(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)		日	円	円	
年 月	国保(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)		日	円	円	
年 月	国保(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)		日	円	円	
年 月	国保(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)		日	円	円	
年 月	国保(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)		日	円	円	
※医療費支給申請の対象額は助成額ではありません。 (助成額は自己負担額等を控除し、再計算して算出します。)							窓口支払額 (医療費支給申請 の対象額)	円

医療機関コード											
(7桁)											
[医科1・調剤4]											
所在地 施設名 管理者名 電話番号 ()						【記入者名】 部署名 氏名 電話番号 (内線まで)					

(注) 医療費支給申請にあたっては、以下の書類を添付してください。

- 1 請求に係る医療費が確認できる領収書及び診療明細書等(原本)
- 2 医療費を請求する月の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票(別記第40号様式)の写し
- 3 医療費を請求する月の前23月以内に高額療養費算定基準額を超えた月(カウント月)が1月以上あることが分かる肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票等(別記第40号様式又は別記第40号様式の2)の写し
- 4 核酸アナログ製剤治療に係る医療券(ラベンダー色)の交付を受けている場合は、医療費を請求する月及びカウント月のB型肝炎に係る自己負担限度額管理票(別記第23号様式別紙)の写し

