

## 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。)

〒163-8001 新宿区西新宿2-8-1  
【書類送付先】 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。

|                    |       |                                                               |   |   |      |   |           |   |                           |       |                          |  |  |       |  |  |  |  |
|--------------------|-------|---------------------------------------------------------------|---|---|------|---|-----------|---|---------------------------|-------|--------------------------|--|--|-------|--|--|--|--|
| ・太枠の中は、必ず記入してください。 |       |                                                               |   |   |      |   |           |   |                           | *     |                          |  |  | *   0 |  |  |  |  |
| (公費)<br>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<br>信用金庫<br>信用組合<br>農協<br><br>・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) |   |   |      |   |           |   | 預金種別                      |       | 1 普通      2 当座      3 貯蓄 |  |  |       |  |  |  |  |
|                    |       |                                                               |   |   |      |   |           |   | 口座番号<br>(7桁)<br>番号は右詰めで記入 |       |                          |  |  |       |  |  |  |  |
|                    | 支店名   | 支店<br>出張所                                                     |   |   | 支店番号 |   | 口座<br>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

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

※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<br>調剤                                                 | 年月  | 保険種別                    | 負担区分           | 入院<br>外来<br>別<br>調剤     | 関係医療の<br>受診日数 | 関係医療の<br>医療費総額<br>(「医療記録票」の<br>「①関係医療の医療費総<br>額(10割分)」欄に記<br>載された額) | 窓口支払額<br>(「医療記録票」の<br>「⑥関係医療の窓口支<br>払額」欄に記載された<br>額) | ※事務処理欄<br>(この欄は記入し<br>ないでください) |
|----------------------------------------------------------|-----|-------------------------|----------------|-------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------|
|                                                          | 年 月 | 国保(1)<br>社保(2)<br>後期(3) | 1割<br>2割<br>3割 | 入院(1)<br>外来(2)<br>調剤(4) | 日             | 円                                                                   | 円                                                    |                                |
|                                                          | 年 月 | 国保(1)<br>社保(2)<br>後期(3) | 1割<br>2割<br>3割 | 入院(1)<br>外来(2)<br>調剤(4) | 日             | 円                                                                   | 円                                                    |                                |
|                                                          | 年 月 | 国保(1)<br>社保(2)<br>後期(3) | 1割<br>2割<br>3割 | 入院(1)<br>外来(2)<br>調剤(4) | 日             | 円                                                                   | 円                                                    |                                |
|                                                          | 年 月 | 国保(1)<br>社保(2)<br>後期(3) | 1割<br>2割<br>3割 | 入院(1)<br>外来(2)<br>調剤(4) | 日             | 円                                                                   | 円                                                    |                                |
|                                                          | 年 月 | 国保(1)<br>社保(2)<br>後期(3) | 1割<br>2割<br>3割 | 入院(1)<br>外来(2)<br>調剤(4) | 日             | 円                                                                   | 円                                                    |                                |
|                                                          | 年 月 | 国保(1)<br>社保(2)<br>後期(3) | 1割<br>2割<br>3割 | 入院(1)<br>外来(2)<br>調剤(4) | 日             | 円                                                                   | 円                                                    |                                |
|                                                          | 年 月 | 国保(1)<br>社保(2)<br>後期(3) | 1割<br>2割<br>3割 | 入院(1)<br>外来(2)<br>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。<br>(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<br>(医療費支給申請<br>の対象額)                                          | 円                                                    |                                |

|                                                    |                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医療機関名<br>所在地<br>施設名<br>管理者名<br>電話番号 (            ) | 医療機関コード <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table><br>(7桁)<br>【記入者名】<br>部署名<br>氏名<br>電話番号<br>(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。

- 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)
- 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
- 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
- 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

## 申請者の方へ【必ずお読みください】

この用紙は、肝がん・重度肝硬変医療費助成用（負担者番号：38136024）です。

### 申請できる医療費（給付の対象となる医療）について

本用紙で申請できるのは、国の「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱」及び東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則で定める対象医療に係る医療費です。また、対象医療に係る医療費のうち、受給者が対象疾病の治療を行う医療機関（指定医療機関）及び保険薬局において、医療券を適用せず、お支払いをした場合に申請することができます。

なお、医療券の有効期間外において実施された医療費については申請することができません。

### “申請（請求）できる医療費”の確認方法

お手持ちの「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票」（以下「記録票」という。）中のB欄の記入内容から請求できる対象月を確認できます（記録票への記入は医療機関が行います。）。

#### 【償還対象医療費の確認ポイント】

- ①高額療養費の基準額を超えた月（記録票B欄で○又は△（▲）がある月）の医療費か。
- ②過去24月以内に2月目以降に該当するか。
- ③指定医療機関（薬局は保険薬局も可）で受けた医療で、窓口で助成（現物給付）されず負担したものか。

|     |    |    |     |                                                                  |    |    |    |                                                                                 |
|-----|----|----|-----|------------------------------------------------------------------|----|----|----|---------------------------------------------------------------------------------|
| B 欄 | 年  |    |     | ※2月目以降に該当するが、<br>○となっている月の医療費は<br>窓口で助成（現物給付）されて<br>いるため償還払いの対象外 | 年  |    |    | ※2月目以降に該当し、△となっ<br>ている月は償還払いが可能（外は<br>「通院（保険薬局含む）【償還払<br>い】」の④欄に○印の記載がある<br>もの） |
|     | 8月 | 9月 | 10月 |                                                                  | 2月 | 3月 | 4月 |                                                                                 |
|     |    | △入 |     |                                                                  | ○入 |    | △外 |                                                                                 |
|     | 年  |    |     |                                                                  | 年  |    |    |                                                                                 |
|     | 8月 | 9月 | 10月 |                                                                  | 2月 | 3月 | 4月 |                                                                                 |

本用紙の表面右側の「医療費支給申請兼医療機関等証明欄」を記入する際は、記録票の対象月の内容を御確認のうえ、転記してください。記入方法の詳細は、右記の記入例を参考にしてください。

※記載が困難な場合は、医療機関に証明を受け、提出いただくことも可能です。ただし、証明に係る手数料は助成の対象外になります。

### 申請に必要な書類等

申請書は医療機関ごとに作成してください（病院ごとに1枚、薬局ごとに1枚）。

また、申請の際は、本用紙と併せて、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

### 表面左側の主な記入例

|                                                                                                                                   |       |       |   |   |   |   |   |                            |                |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|---|---|---|---|---|----------------------------|----------------|---|---|---|---|---|---|---|
| (公費)<br>負担者番号                                                                                                                     | 3     | 8     | 1 | 3 | 6 | 0 | 2 | 4                          | 受給者番号          | 0 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 |
| 振込先口座                                                                                                                             | 金融機関名 | みやこ   |   |   |   |   |   | 預金種別                       | 1 普通 2 当座 3 貯蓄 |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                   | 支店名   | 新宿    |   |   |   |   |   | 口座番号<br>(7桁)<br>番号は右詰めして記入 | 1 2 3 4 5 6 7  |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                   | 支店番号  | 0 1 2 |   |   |   |   |   | フリガナ                       | トウキョウ ハナコ      |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                   | 出張所   |       |   |   |   |   |   | 口座名義人                      | 漢字 東京 花子       |   |   |   |   |   |   |   |
| 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。<br>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。<br>東京都知事 殿 |       |       |   |   |   |   |   |                            |                |   |   |   |   |   |   |   |
| (受給者) ※受給者と申請者が同じ場合は記載不要です。<br>住所 平(162-8000)<br>新宿区西新宿1-1-1<br>氏名 東京 花子<br>生年月日(大抵昭和平成令和) 28年3月1日<br>電話 03-5320-1234             |       |       |   |   |   |   |   |                            |                |   |   |   |   |   |   |   |

受給者番号は  
医療券を見て、正確に記入してください。

振込先口座は  
通帳等を見て太枠の中を正確に記入してください。原則として、受給者本人の口座を指定してください。

ゆうちょ銀行を指定される場合は、振込用の支店番号・口座番号を記入してください。  
※キャッシュカードに表記がある場合もありますが、不明な場合は「委任状」上部の記号・番号欄を記載ください。  
(この場合も、口座名義は振込口座欄に必ず御記入ください。)

- ・受給者以外の口座に振り込む場合は、委任状が必要です。
- ・事前に都に申請者として届け出た家族等の口座に振り込む場合は、委任状は不要です。
- ・受給者が未成年で保護者の口座に振り込む場合は、委任状は不要です。
- ・受給者本人がお亡くなりになり、委任ができない際は、委任状に代えて除籍謄本など受給者の方が亡くなった事実と、振込先口座名義人との関係（相続人であること）が確認できる資料を添付ください。

※申請書は1医療機関1枚のため、例の場合は〇〇病院分と××薬局分とで申請書を2枚作成する必要があります。

※記録票の内容は一例ですが、申請書に転記する箇所は他のケースも同じです。

[illegible]

| 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。<br>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。<br>（申請書は医療機関等ごとに1枚必要です。） |                         |                |                         |                     |               |                                                                     |                                                      |                                |
| 診療<br>調剤                                                                                                                            | 年月                      | 保険種別           | 負担区分                    | 入院<br>外来<br>別<br>調剤 | 関係医療の<br>受診日数 | 関係医療の<br>医療費総額<br>（「医療記録票」の<br>「①関係医療の医療費総<br>額（１０割分）」欄に記<br>載された額） | 窓口支払額<br>（「医療記録票」の<br>「⑥関係医療の窓口支<br>払額」欄に記載された<br>額） | ※事務処理欄<br>（この欄は記入し<br>ないでください） |
| 令和6年4月                                                                                                                              | 国保(1)<br>社保(2)<br>後期(3) | 1割<br>2割<br>3割 | 入院(1)<br>外来(2)<br>調剤(4) | 2                   | 150,000       | 45,000                                                              |                                                      |                                |

| 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。<br>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。<br>(申請書は医療機関等ごとに1枚必要です。) |                         |                |                         |                |               |                                                                     |                                                      |                                |
| 診療<br>調剤                                                                                                                            | 年月                      | 保険種別           | 負担区分                    | 入院<br>外来<br>調剤 | 関係医療の<br>受診日数 | 関係医療の<br>医療費総額<br>(「医療記録票」の<br>「①関係医療の医療費総<br>額(10割分)」欄に記<br>載された額) | 窓口支払額<br>(「医療記録票」の<br>「②関係医療の窓口支<br>払額」欄に記載された<br>額) | ※事務処理欄<br>(この欄は記入し<br>ないでください) |
| 令和6年4月                                                                                                                              | 国保(1)<br>社保(2)<br>後期(3) | 1割<br>2割<br>3割 | 入院(1)<br>外来(2)<br>調剤(3) | 2              | 240,000       | 57,600                                                              |                                                      |                                |

- ・医療費支給申請欄の自己負担額合計に記入される金額と、実際の支給額（還付額）は同一ではありません。制度に基づき算定された金額が支給されます。
- ・医療機関等の窓口で支払った金額のうち、高額療養費に相当する部分は、御加入の健康保険等から支給されるため、東京ではその額を差し引いて支給します。高額療養費の請求方法は御加入の健康保険等により異なりますので、詳細については、御加入の健康保険等にお問い合わせください。

★上記記録票による申請例の場合、4月の病院、薬局での窓口支払額合計102,600円が支給額となるわけではなく、高額療養費に相当する部分(57,600円を超える額)と自己負担額(1万又はなし)を差し引いて支給額を算出します。(その他領収書の金額等との照合によりさらに減額になる場合もあります。)

・申請書は、区市町村の担当窓口で配布しています。用紙が不足する場合は、表面のみコピーして使用しても構いません。東京都福祉局のホームページからダウンロードすることができます。  
[https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/iose/tukaikata/s\\_kangan.html](https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/iose/tukaikata/s_kangan.html)