医療費支給申請書 兼 口座振替依頼書（小児慢性特定疾病）

この申請書は、受給者証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。
詳しくは裏面の記載例・注意事項を必ずお読みください。

- 医療機関等に受給者証を提示の上、右欄に証明を受けてください。
- 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、太枠の中を記入し、医療機関等で証明を受けたものを、**下記まで郵送してください。**
- 診療月の翌月の1日から**5年間**は申請が可能です。
- 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			1	3					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 ・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（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							

医療機関等証明のとおり、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（ 平成 令和 ） 年 月 日	受給者との続柄（ ）
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 機 関 等 証 明 欄 【病院・薬局等が記入】

※必ず病院や薬局等に記入を依頼ください。受給者等による記載は無効です。

患者氏名		生年月日	

申請理由《いずれかにチェック》
- ☐ 有効期間内に主保険単独で支払をしたため
- ☐ 受給者証を適用して支払した医療費について負担上限月額が減額されたため
- ☐ その他（理由を記載→ ）

診療調剤 年月	保険種別	負担区分	高額療養費制度の適用区分を記載（会計時にオンライン等で確認した場合）	入院 外来 調剤 別	受診日数	左記のうち有効期間内で、かつ公費対象の日数	1か月分の保険総点数（訪問看護ステーションの場合は総金額） 食事療養・生活療養標準負担額（注２）	左記のうち有効期間内で、かつ公費対象の保険点数（訪問看護ステーションの場合は金額）	窓口での患者負担額（注１）	※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	日	点（円） 有効期間内の食事数×１食単価 （ ）×（ ）＝	点（円）	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	日	点（円） 有効期間内の食事数×１食単価 （ ）×（ ）＝	点（円）	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	日	点（円） 有効期間内の食事数×１食単価 （ ）×（ ）＝	点（円）	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	日	点（円） 有効期間内の食事数 １食単価 （ ）×（ ）＝	点（円）	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	日	点（円） 有効期間内の食事数×１食単価 （ ）×（ ）＝	点（円）	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	日	点（円） 有効期間内の食事数×１食単価 （ ）×（ ）＝	点（円）	円 円	
							合計 ※食事療養・生活療養標準負担額含む		円	

注１「窓口での患者負担額」は当該診療月における保険総点数分として窓口で支払った額（対象疾病以外分も含む。）の合計を記入してください。

注２ 食事療養費標準負担額又は生活療養標準負担額（食費のみ）の５割が助成対象になります。ただし、公費負担者番号52137015の受給者証は、10割が助成対象になります。

上記のとおり証明します。 年 月 日

［医科１・歯科３・調剤４・看護６］

医療機関コード

医療機関名 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）

【医療機関等証明欄の記載については下記のとおりお願いします。】

１「**1か月分の保険総点数**」欄は当該診療月における、**対象疾病以外分も含んだ保険総点数**を記入してください。
◎レセプトの「**請求**」**の項**の「**保険**」**の項の**点数に該当します。

２ 「**左記のうち有効期間内でかつ公費対象の保険点数**」欄は当該診療月における、**対象疾病のみ（対象疾病以外は除く）保険点数**を記入してください。
◎レセプトの「**請求**」**の項**の「**公費①**」**の項**の点数に該当します。
◎助成額算定の際に重要な項目ですので、保険点数と同点であっても必ず記載をお願いします。
◎院外処方等により対象点数が御不明な場合には、必ず処方元の医療機関へ確認をお願いします。

３ **すでに受給者証をお持ちで、受給者証と管理票を使って受診している場合には、証明欄の記入は必要ありません（払い戻しが必要な場合は、領収書の原本と管理票のコピーで申請できます）。**

※記載方法の詳細は、裏面を参照してください。

医療機関からの事務連絡欄
※公費対象点数と支払金額に相違がある場合は、その理由を記載してください。
（記載例）マル障併用のため、点数修正によりレセプト再提出したが、患者本人の会計に変更なし、等。

（R７．３）

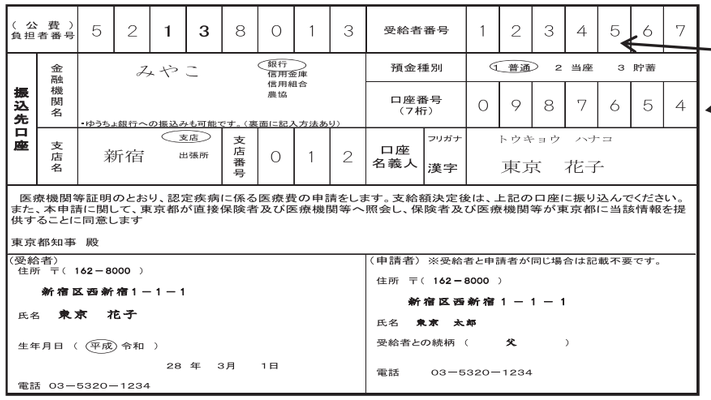
申請者の方へ【必ずお読みください】

◆申請できる医療費について《該当がなければ本申請書を提出する必要はありません》

この用紙は、小児慢性特定疾病の医療費助成用です。
受給者証の有効期間内に、認定疾病にかかる医療保険が適用される医療費について、**以下に該当するものがある場合は、本申請書等の提出資料を送付してください。**
※認定疾病に関わりのない治療（怪我や虫歯の治療など）や、保険適用外のサービス（証明代・差額ベッド代等）は助成対象外です。
※原則として都道府県の指定を受けた医療機関等で受けた診療等のみが申請対象となります。

支給の対象となる医療費	提出書類
【医療保険の負担割合が３割の方】 受給者証がお手元に届くまでの間など、**受給者証を適用しないで支払った**認定疾病にかかる医療費のうち ① 医療費総額の１割分（自己負担割合が３割から２割に軽減されるため） ② ①を給付後の医療費と受給者証等に記載された自己負担上限額の差額 【医療保険の負担割合が１割、２割の方】 受給者証がお手元に届くまでの間など、**受給者証を適用しないで支払った**認定疾病にかかる医療費のうち 「受給者証に記載された自己負担上限額を超えた医療費」	◇本申請書 ※太枠内をご記入ください。 ※認定疾病に係る医療費について、必ず**医療機関等の証明（右欄）**を受ける必要があります。 （領収書での代用は不可） ◇受給者以外の口座に振込む場合は**委任状** （申請書左側下部の記載で代えることも可） ◇同一月に受給者証を適用した医療費が混在する場合は当該月の「自己負担上限額管理票」の写しも送付ください。（負担額を調整します。）
受給者証を適用して支払った医療費のうち以下のもの ①自己負担上限額が遡って減額された場合の差額 ②自己負担上限額を超えて支払った場合の差額	◇本申請書（太枠内をご記入ください。） ※管理票の記載のある医療費については、医療機関等の証明に代えて**管理票コピー**と**領収書原本**を添付で申請ができます。 （領収書の返却を希望する場合はその旨を申請書余白等に記載ください。返信用封筒の同封は不要です。） ◇受給者以外の口座に振込む場合は**委任状** （申請書左側下部の記載で代えることも可）

◆記入例



受給者証を見て、正確に記入してください。

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ご記入ください。）
預金種別未記載の場合は普通預金での処理となりますので、確認の上、必ずご記入ください。

◆委任状について　【左側下部欄使用可：同内容で別途作成して提出することも可】
・受給者以外の口座に振り込む場合は、委任状が必要です。
・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った場合、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。

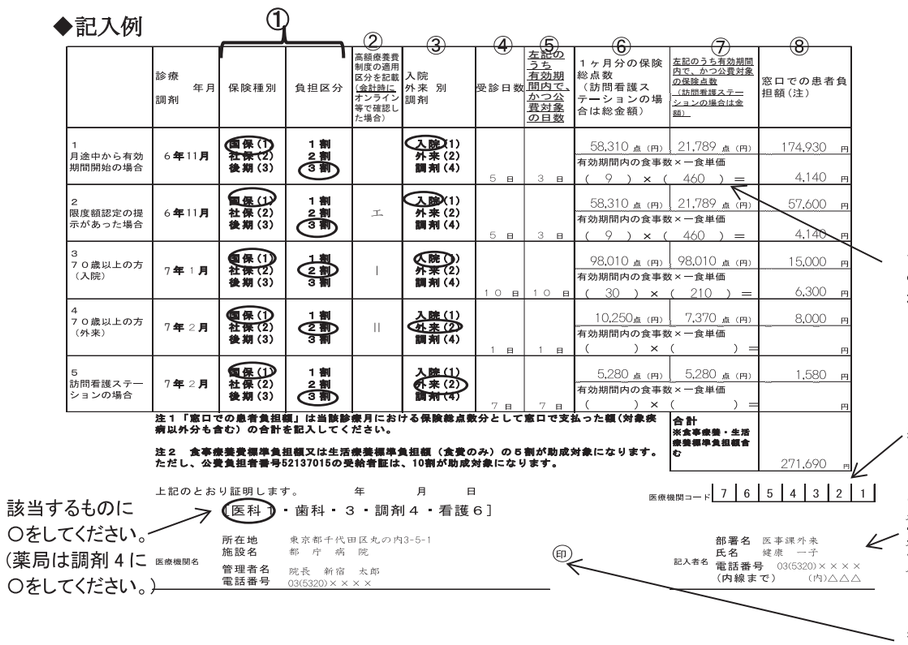
◆高額療養費等について
医療機関等の窓口で支払った金額のうち、高額療養費等に相当する部分は、御加入の健康保険等から支給されるため、東京都はその額を差し引いて支給します。
高額療養費等の請求方法は御加入の健康保険等により異なりますので、詳細については、御加入の健康保険等にお問い合わせください。

◆その他注意点など
・医療機関等証明欄に医療機関等の証明を受けて申請してください。証明書発行にかかる手数料は助成対象外です。
・申請書は医療機関ごとに１枚ずつ必要です。
・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/josei/tukaikata/index.html

医療機関・調剤薬局・訪問看護ステーションの方へ【必ずお読みください】

1　証明の際は、受給者証の提示を受け、医療費の支給申請ができることを確認してください。
2　受給者証に表示された疾病に関する治療でないもの、医療保険が適用されないもの、受給者証の有効期間外のものは、都の助成が受けられないので、証明の必要はありません。
3　公費併用レセプト等により医療費助成額を請求しているものは、重複請求となるため、証明の必要はありません。（ただし、自己負担上限額の減額による差額請求は除く。）
4　有効期間の開始日が月の途中からとなる場合は、外来診療は、有効期間の開始日以降の医療費を助成の対象とし、開始日前の医療費は助成の対象としません。入院診療は、診療月内における有効期間の開始日以降の診療報酬点数（分点したもの）に医療保険の負担割合を乗じて求めた自己負担額を助成の対象とします。

◆記入例



入院時食事・生活療養費（食事代のみ）がある場合は、上段の診療費と別掲で、標準負担額を記入してください。

医療機関コード（7桁）を必ず記入ください。

所属・担当者名（**問い合わせに対応できる方**）を必ず記入してください。

必ず押印してください。

該当するものに○をしてください。（薬局は調剤４に○をしてください。）

【留意点】レセプト単位で記入してください。記入例①から⑧は以下のとおりお願いします。
① 「保険種別」・「負担区分」は受診時の主保険の情報に○をしてください。
② 「高額療養費制度の適用区分を記載」は、会計時にオンライン等で確認した場合のみ、適用区分を記載してください。（窓口での患者負担額の根拠として確認させていただきます。証明記入時の受給者証の区分とは一致しない場合があるため、不明な場合は記入しないでください。）
③ 入院、外来、調剤のいずれかに○をしてください。薬局は外来ではなく「調剤」を選択してください。
④ 「受診日数」は受給者証の有効期間にかかわらず、月の診療日数（レセプトの日数）を記入してください。
※薬局では処方せんの受付回数を記入してください。
⑤ 「左記のうち有効期間内でかつ公費対象の日数」は④受診日数のうち、受給者証の有効期間内かつ公費対象となる日数を記入してください。
※薬局では処方せんの受付回数を記入してください。
⑥ 「１か月分の保険総点数」は当該月の保険総点数※（レセプトの点数）を記入してください。
※訪問看護ステーションの場合は、当該月の療養費(円)を記入してください。
⑦ 「左記のうち有効期間内でかつ公費対象の保険点数」は受給者証の**有効期間内でかつ認定疾病にかかる点数**※を記入してください。
※訪問看護ステーションの場合は、認定疾病のみに係る療養費(円)を記載してください。
⑧ 「窓口での患者負担額」は、⑥で記載の**１か月の保険点数に対応する窓口領収額**を記入してください。
※助成額は⑦の点数から高額療養費等を考慮して都が再計算するため、⑧の金額とは必ずしも一致しません。

◆この申請書は、以下の（公費）負担者番号の場合に御使用ください。

【医療費助成制度の種類】	【（公費）負担者番号】
・小児慢性特定疾病	５２１３８０１３
・小児慢性特定疾病（血友病又は生活保護受給者）	５２１３７０１５