

千葉県小児慢性特定疾病療養費申請書

年 月 日

保健所長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

千葉県小児慢性特定疾病療養費について、以下のとおり申請します。
また、この申請に関して、必要に応じて千葉県が健康保険組合等に対して照会すること、及び千葉県が健康保険組合等から照会を受けた際に千葉県が回答することについて同意します。

申 請 額	円		
患 者 氏 名			
公費負担者番号			
受給者番号			
月額自己負担限度額	円		
加入保険 保険者名		適用区分	
申 請 者 の 振 込 口 座	金融機関名	銀行	支店
	種 別	普 通	
	口 座 番 号		
	(ふりがな) 口 座 名 義		

[申請時必要書類]

- ①療養費証明書 ②領収書等の支払内容がわかる書類（申請月のもの全て） ③受給者証の写し
- ④自己負担上限額管理ノートの写し ⑤健康保険証の写し ⑥通帳の写し（振込口座欄の内容が確認できる箇所）
- ⑦限度額適用認定証の写し（交付されている方のみ）

注1 振込口座の名義は申請者と同一のこと。
注2 療養費証明書・領収書等の支払内容のわかる書類がないものは一切認められません。ただし受給者証の有効期間内に自己負担上限額の変更（減額）があった場合に、変更前の受給者証を用いて受診した医療費に係る療養費の申請の場合は、療養費証明書を自己負担上限額管理ノートの該当月の写しに替えることができます。
注3 修正液による修正はできません。

この欄は記入しないで下さい。		
決定金額	金	円

療 養 費 証 明 書

公費負担者番号				受給者番号			
患者氏名				病名			
受給者証の有効期間		年 月 日 ~		年 月 日			
申請 診療 月	保 険 対 象 分			食事療養費 患者負担額 (金額・回数・日 数)	多 数 回 該 当	公費負担額 (この欄は 記入しない で下さい)	
	上記有効期間内の対象疾患に 係る保険診療総額(A)	社会保険等 負担額(B) B=A-C	患者負担額 (C)				
月	入院 日	円	円	円 (食/	有・無	円	
	通院 日	円	円	円 (食/		円	
月	入院 日	円	円	円 (食/	有・無	円	
	通院 日	円	円	円 (食/		円	
月	入院 日	円	円	円 (食/	有・無	円	
	通院 日	円	円	円 (食/		円	
上記のとおり証明する。							
年 月 日							
医療機関名							
所在地							
代表者氏名							
印							

※「多数回該当」とは、同一医療機関における過去12ヶ月の小児慢性特定疾患対象療養費（入院に限る）に係る高額療養費の支給月額が3月以上ある場合に4月目から多数回該当により所得区分ごとの軽減された自己負担額（入院に限る）を適用するものです。