* 表面は申請者が記入してください。裏面は医療機関等による証明書です。

**小児慢性特定疾病療養費申請書**

　　　年　　　月　　　日

　越谷市長　宛

住　　所　〒

申請者　ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ

氏　　名

受給者との続柄　（　　　）

電話番号　　　　（　　　）

　　　　　　年　　　月　～　　　年　　　月分を次のとおり申請します。

　　　　　決定金額　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※この欄は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 右の口座に振り込んでください。  （申請者名義の口座であること） | 振込金融機関名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 | 口座名義（ｶﾀｶﾅ） |
|  |  | 普　通  当　座 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 受給者氏名 | |  | |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 生年月日 | | 年　　　月　　　日生 | |
| 受給者証有効期間 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 月額自己負担額  (受給者証に記載ある内容を記入ください) | | | | | | 円 | | | | | | | |
| 適用区分 | ア　・　イ　・　ウ　・　エ　・　オ | | | | | | | | | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 加入医療保険等 | 被保険者証の記号・番号 | 保険者番号 | | | | | | | | 保険者電話番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | （　　） |
| 被保険者氏名 | 被保険者証発行機関名 | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |

**＜申請者の方へ＞**

**※必要書類：１．医療機関発行の領収書　　２．健康保険証の写し　　３．受給者証**

**４．付加給付の証明書（付加給付がある場合）　　５．上限月額管理表**

※この申請書で申請対象となる療養費は、小児慢性特定疾病として承認された疾病に対してのみと

なります。

※医療機関でお支払いいただいた医療費が、受給者証に記載のある「自己負担上限月額」の範囲内で

ある場合は支給できません。

※特定疾病療養受療証の交付対象者の方で交付を受けていない方は、必ず手続きしてください。

**(越谷市)**

　　（裏）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**※医療機関等記入**

**療養証明書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 病　　名 |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 加入保険 | 健保（政府・組合）・国保（一般・組合・退職国保）・共済・その他（　　　　） | 本人・家族 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療月 | 高額療養費多数該当の有無 | 区分 | 日数（日）  ※食事は回数 | 対象疾病に係る保険点数　　　(A) | 保険診療  総　額  (B) | 左のうち  患者負担額  (C) | 公費負担額  （この欄は記入しないでください。） |
| 年　月 | 有・無 | 診療 |  | 点 | 円 | 円 | 円 |
| 食事 |  | － | 円 | 円 | 円 |
| 年　月 | 有・無 | 診療 |  | 点 | 円 | 円 | 円 |
| 食事 |  | － | 円 | 円 | 円 |
| 年　月 | 有・無 | 診療 |  | 点 | 円 | 円 | 円 |
| 食事 |  | － | 円 | 円 | 円 |
| 年　月 | 有・無 | 診療 |  | 点 | 円 | 円 | 円 |
| 食事 |  | － | 円 | 円 | 円 |
| 年　月 | 有・無 | 診療 |  | 点 | 円 | 円 | 円 |
| 食事 |  | － | 円 | 円 | 円 |
| 年　月 | 有・無 | 診療 |  | 点 | 円 | 円 | 円 |
| 食事 |  | － | 円 | 円 | 円 |
| 年　月 | 有・無 | 診療 |  | 点 | 円 | 円 | 円 |
| 食事 |  | － | 円 | 円 | 円 |

上記のとおり証明します。

　　　　　年　　月　　日

名　　称

所在地

医療機関等　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

医療機関コード（７ケタ）

**※　注意事項**

１．上記保険診療点数等は、受給者証の疾病に係るもののみを記入してください。

　　２．受給者証を確認のうえ、有効期間内の内容を記入してください。

　　３．調剤薬局の場合は、「診療」の欄に記入してください。