

以下の場合、医療費請求をすることができます。

受付者: _____

- ①新規申請をしてから、受給者証がお手元に届くまでに医療費を支払った場合
- ②医療機関へ受給者証を提示せず、公費負担の適用ができていなかった場合
- ③自己負担上限額が下がった場合で、その適用日以降に自己負担上限額を超える医療費を支払った場合

以下の場合医療費請求の対象になりません。

- ①小児慢性特定疾病に関する医療費ではない場合
- ②指定小児慢性特定疾病医療機関ではない医療機関での医療費
- ③医療機関の月毎の医療費が自己負担額を超えていない場合（3割負担の医療費は請求できます）
- ④診療日が、受給者証の有効期間外の場合
- ⑤文書料、入院時の差額ベッド代など、健康保険の保険適用ではない場合

※患者が18歳未満の場合、保護者が申請してください。患者が18歳以上の場合、患者本人の口座に振り込みます。本人以外の口座に振り込む場合は委任状が必要になりますのでご注意ください。

※既に「福祉医療（乳幼児等・こども医療、母子家庭等医療、障害者医療）」の対象の方は、小児慢性特定疾病医療受給者証が優先されるため、先に小児慢性特定疾病医療受給者証を適用する必要があります。福祉医療の方が小児慢性特定疾病より自己負担額が少ない場合は、小児慢性特定疾病制度で医療費を請求した後で、自己負担差額分を市役所医療年金課へ請求することができます。必要書類は、市役所医療年金課0798-35-3188へお問い合わせください。

※医療費の振込は、申請から4～5ヶ月後です。

※高額療養費に該当する場合は、各保険組合に請求してください。

必要書類

- ①医療費等請求書 ※裏面「申請書の書き方見本」をご確認ください。
- ②領収書の**原本** ※コピー不可
窓口で申請される場合は申請手続き完了後、領収書原本をその場で返却します。
郵送申請で返却希望の方は、「領収書返却希望」と申請書の余白にご記入ください。
普通郵便での返却になりますので、予めご了承ください。
- ③小児慢性特定疾病受給者証（コピー）
- ④口座番号・支店名等がわかるもの（コピー）（通帳・キャッシュカード等）
- ⑤自己負担上限額管理表（該当月のページのコピー）
- ⑥（高額療養費の支給対象になる場合）領収書のコピーと高額療養費支給通知書

見本

西宮市保健所長 様

小児慢性特定疾病医療費等請求書

受付印

令和 7 年 1 月 11 日

受診者	公費負担者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	受給者番号	1	8	7	6	5	4	3
	フリガナ	ニシノミヤ タロウ								生年月日	令和 2 年 1 月 11 日						
	氏名	西宮 太郎															
	受給者証の有効期間	令和 6 年 10 月 1 日 ~ 令和 7 年 9 月 30 日															
申請者 (口座名義人)	フリガナ	ニシノミヤ イチロウ								受診者との続柄	父						
	氏名	西宮 一郎								住所	西宮市池田町 8-11						
	住所	Tel 0798 - 26 - 3669															
	金融機関名	西宮								銀行・信用金庫 農協・信用組合		西宮中	本店	普通 その他 ()			
	店番号	123				口座番号				4567890							

令和 6 年 12 月分の小児慢性特定疾病の医療費 (公費負担分) を請求します。

請求額 円

請求額は記入しないでください。

※ 保護者が申請してください。(受診者が 18 歳以上の場合は、受診者が申請してください。)

医療機関証明欄 (領収書の添付がない場合) ※裏面の注意事項をご確認ください。

保険種別及び自己負担割合 (該当するものを○で囲む)	1. 協賛 2. 組合 3. 共済 4. 国保 5. その他 ()	a. 本人 b. 家族	負担割合 () 割				
入院証明欄	年 月 日 ~ 同年月 日						
通院・調剤等証明欄	年 月 日						
区分	日数回数	医療費総額 (10割)	患者負担額	(保険所使用欄)			
				公費負担額	患者一部負担額	患者一部負担額	備考
入院医療費		円	円	円	円	円	
入院時食事療養費 (標準負担額)		円	円 (標準負担額 × 日数)	円	円	円	円
通院医療費		円	円	円	円	円	円
院外処方による調剤費		円	円	円	円	円	円
訪問看護療養費 (基本利用料)		円	円	円	円	円	円
合計		円					

上記の患者負担額を領収したことを証明します。

年 月 日

指定小児慢性特定疾病

この欄は通常の申請では必要ありません。領収書を紛失し、医療機関が再発行できない場合のみ、この申請書を医療機関に持っていき、この欄に証明を受けてください。