

小児慢性特定疾病医療費償還払申請書

富山県知事 殿

年 月 日

申請者	郵便番号 及び住所	〒 ー					
	フリガナ						受給者との続柄
	氏名						
	電話番号	() ー					
振込口座※1	金融機関名	支店名	預金種類 1 普通 2 当座 3 その他	口座番号			
			金融機関 コード				

太枠内を記入してください。

※1 振込口座は申請者名義の口座としてください。

年 月分を下記のとおり申請します。

なお、この申請に関して医療費の額などに不明な点がある場合は、富山県（受付機関である厚生センター（支所）を含む）が直接、指定医療機関等へ照会を行うことに 【 同意します 】

支払決定額 円（記入しないこと）

受給者名	受給者番号					月額自己負担上限額
					円	
保険の種類 協会・組合・船員・共済 国保（組合・一般・退職）	保険負担割合 8割・7割	受給者証の有効期間				
		年 月 日 ~		年 月 日		
申請理由（該当する番号に○をつけてください。）						
1 申請中（新規・更新・変更）で医療受給者証が交付されるまでに医療費を支払ったため						
2 その他（理由： ）						

※厚生センター記入欄

（単位：円）

区分	日数 (回数)	保険診療総額 A	社会保険等 負担額 B = A - C	受診者 支払済額 C	高額療養費等 給付額	Cのうち受診者 自己負担額 D	支払額
診療	日						
食事療養費	回						
保険調剤	日						
訪問看護	日						
支 払 額 合 計							

添付書類 ① 「診療内容を記載した領収書（小児慢性特定疾病治療に関する総点数、食事療養費、薬剤の一部負担金等の内容が確認できるもの）

② 「個別の診療報酬の算定項目のわかる明細書」

③ 高額療養費の支給決定通知書（該当する方）

④ 小児慢性特定疾病医療受給者証の写し

<注意>先に乳幼児医療費等で医療費を精算してしまった場合は、小児慢性特定疾病医療の対象とはなりません。