

審査決定額	※	円
-------	---	---

小児慢性特定疾病医療費請求書

群馬県知事 あて

年 月 日

(受給者)

受給者番号		受給者氏名	
加入保険	協会けんぽ 組合 共済 国保 国保組合 生活保護		

年 月分～ 年 月分の小児慢性特定疾病に係る医療費を請求します。
 また、本申請に関して、群馬県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群馬県に当該情報を提供することに同意します。

(請求者)

振込金融機関名 支店名	銀行 ・ 組合 金庫 ・ 農協 本店 ・ 本所 支店 ・ 支所		
フリガナ			印
口座名義人 (請求者)			
口座番号	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄		
受給者との続柄	本人 ・ その他 ()		
住所	(郵便番号 -)		
電話番号			

※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。以下に必要事項を記載して、必ず押印してください。

委任状

私(委任者)は下記の受任者に、小児慢性特定疾病医療費支給の申請及び受領に係る一切の権限を委任します。

住所

【委任者】
(受給者又は請求者)

氏名 _____ 印 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所

【受任者】
(振込先口座名義人)

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※裏面を必ずご確認ください。

申請者の方へ 【必ずお読みください】

必要書類

(1) 小児慢性特定疾病医療費請求書(本請求書)

- ・すべてペン又はボールペンで記入してください(消せるボールペンは使用不可)。
- ・印は銀行届出印以外でも受け付けます。
- ※審査決定額欄は、記入しないでください。
- ※受給者以外の口座に振り込む場合は、委任状欄をご記入ください。なお、受給者がお亡くなりの方は、申立書及び受給者本人と請求者(相続人)の親族関係が確認できる書類(住民票や戸籍の写しなど)を添付してください。

(2) 小児慢性特定疾病医療費証明書【病院・薬局等が記入】

- ・医療機関ごとに1枚必要です。
- ・小児慢性特定疾病医療費自己負担上限額管理票に記載のある医療費については、この様式で医療機関の証明を受ける必要はありません。

(3) 小児慢性特定疾病医療受給者証のコピー


(4) 小児慢性特定疾病医療費自己負担上限額管理票のコピー

(5) 振込口座情報が確認できるもの(通帳(又はカード)のコピー)

- ・口座振込によりお支払いいたしますので、口座の確認のために、預金通帳をお住まいの地域の保健所若しくは保健福祉事務所に持参してください。

(6) 【該当の場合のみ】高額療養費支給決定が確認できる書類のコピー(保険者発行)

注意点

- 本申請にあたっては、医療機関等の証明を受ける必要があります。
必ず、別紙「小児慢性特定疾病医療費証明書」(指定医療機関が記入)も提出してください。
※「小児慢性特定疾病医療費証明書」の様式が不足する場合は、下記の群馬県ホームページからダウンロードしてください。ご自身でのダウンロードが難しい場合は、お住まいの地域の保健所若しくは保健福祉事務所にお問い合わせください。
- ・小児慢性特定疾病医療費の償還払いについて
<https://www.pref.gunma.jp/page/756648.html> 
- 証明書発行にかかる手数料が発生する場合がありますが、手数料は助成対象外です。
- 「請求にかかる受給者証を受領した日」の翌日から5年間は申請が可能です。
- 過去に、小児慢性特定疾病医療費を請求した分の医療費については、再度申請することは出来ません。
- 請求することができるのは、小児慢性特定疾病及び小児慢性特定疾病に付随して発生する傷病に関する医療並びに訪問看護に係る小児慢性特定疾病医療費に限ります。なお、入院中の食事療養費については、標準負担額の1/2の金額が公費対象となります。認定された小児慢性特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(差額ベッド代など)は払戻し請求の対象とはなりません。
- 指定医療機関でない医療機関での医療費は、払戻しをすることはできませんのでご注意ください。
- 請求金額のうち、高額療養費該当分は控除して支給します。高額療養費の払戻しは、この請求書では請求することができません。
※高額療養費制度については、各医療保険の保険者(国民健康保険や健康保険組合など)にお問合せください。
- 振込まで3~4か月程度かかります。振込完了の通知等は送付しませんので、通帳の記帳をもって支給額をご確認いただくようお願いします。