

千葉県小児慢性特定疾病療養費助成申請書

(あて先) 千葉市長

年 月 日

千葉県小児慢性特定疾病医療支援実施要綱第13条第1項の規定により関係書類を添えて医療費の助成を申請します。
この申請に関して、必要に応じて千葉市が保険者等へ照会すること、及び保険者等から照会を受けた際に千葉市が回答することについて同意します。
また、千葉市が保有する申請者の他医療費助成制度の申請状況について、支給額の決定に必要な範囲で調査及び確認することに同意します。

下記枠内は申請者をご記入ください。

対象者	受給者番号				生年月日	年 月 日	
	フリガナ						
	氏 名						
	高額療養費等適用	なし ・ あり					
	住 所	千葉県 区		建物名・ 部屋番号等			
申請者	フリガナ				続 柄	対象者から見て	
	氏 名	(※)対象者が18歳未満の場合は保護者、18歳以上の場合は対象者本人になります。			日中連絡先 (携帯等)	— —	
	住 所	☐ 対象者と同一(記入不要)			建物名・ 部屋番号等		
		☐ 対象者と別居(右に記入)					
振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 (本店 支店)			口座番号	普通 ・ 当座 NO.	
	口座名義人						
有効期間開始日に 加入していた 健康保険		保険者名 (加入先)			記号 番号・枝番 (被保険者番号)		

太線内は、医療機関・薬局等に証明をお願いしてください。

診療年月	保 険 対 象 分				食事療養費 負 担 額 D	計 (C + D) = E	備 考
	対 象 疾 患 に 係 る 保 険 診 療 総 額 A	社 会 保 険 等 負 担 額 (A - C) = B	患者徴収済額 3割・一部2割 C				
年 月	入院 日	円	円	円	円 (回)	円	
	通院 日	円	円	円		円	
年 月	入院 日	円	円	円	円 (回)	円	
	通院 日	円	円	円		円	
年 月	入院 日	円	円	円	円 (回)	円	
	通院 日	円	円	円		円	
年 月	入院 日	円	円	円	円 (回)	円	
	通院 日	円	円	円		円	
				証明書発行手数料 (あてはまる方に○をしてください。)	0円 ・ 209円		
上記のとおり証明する。 年 月 日				医療機関等名称 所在地 代表者氏名	印		

千葉市小児慢性特定疾病療養費助成申請書

(あて先) 千葉市長

年 月 日

千葉市小児慢性特定疾病医療支援実施要綱第13条第1項の規定により関係書類を添えて医療費の助成を申請します。
この申請に関して、必要に応じて千葉市が保険者等へ照会すること、及び保険者等から照会を受けた際に千葉市が回答することについて同意します。
また、千葉市が保有する申請者の他医療費助成制度の申請状況について、支給額の決定に必要な範囲で調査及び確認することに同意します。

下記枠内は申請者をご記入ください。

対象者	受給者番号	1234567		生年月日	平成25年 4月 1日	
	フリガナ	チ バ タロウ				
	氏 名	千葉 太郎				
	高額療養費等適用	なし ・ あり				
申請者	住 所	千葉市 中央区 千葉港1-1		建物名・部屋番号等		
	フリガナ	チ バ イチロウ		続 柄	対象者から見て 父	
	氏 名	千葉 一郎		日中連絡先(携帯等)	043-0000-XXXX	
	住 所	☒ 対象者と同一(記入不要) ☐ 対象者と別居(右に記入)		建物名・部屋番号等		
振込先口座	金融機関名	〇〇 銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 × × (本店 支店)		口座番号	普通 当座 NO.1234567	
	口座名義人	チ バ イチロウ 千葉 一郎				
有効期間開始日に加入していた健康保険	保険者名(加入先)	〇〇健康保険組合		記号 番号・枝番(被保険者番号)	987 65432・01	

申請者が記入

太線内は、医療機関・薬局等に証明をお願いしてください。

診療年月	保 険 対 象 分			食事療養費負担額	計	備 考
	対 象 疾 患 に 係 る 保 険 診 療 総 額	社 会 保 険 等 負 担 額	患者徴収済額			
		A	(A-C)=B	C	D	(C+D)=E
令和3年 4月	入院 30日	900,000円	813,570円	86,430円	41,400円(90回)	127,830円
	通院 日	円	円	円		円
令和3年 5月	入院 日	円	円	円	円(回)	円
	通院 3日	150,000円	105,000円	45,000円		45,000円
年 月 日	入院 日	円	円	円	円(回)	円
年 月 日	入院 日	円	円	円		円
年 月 日	入院 日	円	円	円		円
訂正をする場合は、訂正箇所に二重線、訂正印捺印の上、余白に正しく記入してください。 訂正印は、必ず医療機関証明部分の右下に押印したものと同一印をお願いします。				0円又は209円に丸をお願いします。		
証明書発行手数料 (てはまる方に○をしてください。)				0円 ・ 209円		
医療機関等名称 医療法人××会 〇〇病院						
所在地 千葉市〇〇区△△町〇〇〇〇番地						
代表者氏名 ▲▲▲▲						〇 〇 印 病 院
上記のとおり証明する。 令和3年 6月 1日						

医療機関が記入

申請時に必要な添付書類

必 須

- ☐ 医療機関の領収書(原本)
- ☐ 千葉市小児慢性特定疾病医療受給者証
- ☐ 小児慢性特定疾病自己負担上限額管理票
- ☐ 健康保険の資格が確認できるもの
(『資格情報のお知らせ』、『資格確認書』、健康保険証 等)
- ※資格確認書、健康保険証は有効期限内のものか、ご確認ください。
- ☐ 振込先口座情報がわかるもの
(金融機関に関する名称、支店名、口座番号、
口座名義人(カタカナ表記)がわかるもの)
- ☐ 委任状(申請者以外の方の口座に振込を希望する場合)

お持ちの方のみ

- ☐ 限度額適用・標準負担額現額認定証
(限度額適用認定証も含む)
- ☐ 給付決定通知書等
(健康保険組合から支給された高額療養費や
附加給付等の金額がわかるもの)