

小児慢性特定疾病療養費支給申請書

令和 年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

〒
居住地

申請者 氏名

電話番号

受診者との続柄

年 月 ~ 年 月分を下記のとおり申請します。

記

申請額

円

決定金額

円

※この欄は記入しないでください

↓口座情報確認のため通帳表紙裏の見開き部分コピー等の提出をお願いします。

右の口座に振り込んでください。 (申請者名義口座)	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号(右詰で記入)	口座名義(カタカナ)
			普通 当座		

公費負担者番号	5	2	1	1			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

加入医療保険等	被保険者氏名	受診者との続柄	保険者名称	記号・番号

<申請者の方へ>

- ① 医療受給者証に記載されている保護者(18歳以上の受診者の場合は本人)が申請してください。
- ② 受診者氏名について、受診者が申請者本人の場合は本人と記載してください。
- ③ 各医療機関、調剤薬局、訪問看護ステーション毎にそれぞれ療養証明書(別紙)が必要です。
- ④ 高額療養費の対象となる方は、そちらの手続きを先に行い、高額療養費が決定してから申請してください。その額を確認の上、小児慢性特定疾病療養費を計算して支給いたします。
- ⑤ 支給額決定のため、申請内容について御加入の医療保険者及び医療機関等に照会させていただく場合があります。あらかじめ御了承ください。なお、下段の同意書に御署名をお願いします。

⑥ 必要書類

1. 療養証明書(別紙)
2. 医療機関等発行の領収書(原本のみ)
3. 医療受給者証(コピー)
4. 被保険者証(コピー)
5. 保険者・市町村等から支給された医療費(高額療養費等)が確認できるもの(通知のコピー等。高額療養費等が支給されている場合)
6. 振込先口座確認のための書類(通帳表紙裏の見開き部分コピー等)

同意書

(宛先) 埼玉県知事
保険者・市町村
医療機関等

様

私が埼玉県に対して行う「小児慢性特定疾病療養費支給申請書」に係る事項に関し、埼玉県が私が加入する保険者、市町村及び医療機関等に照会し、保険者、市町村及び医療機関等が埼玉県に当該情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

<受診者氏名> _____

<被保険者(法定代理人)氏名> _____ (受診者との続柄 _____)