

医療費支給申請書 兼 口座振替依頼書(難病(国疾病)、特殊医療)

この申請書は、医療券を使わずに支払った医療費を請求するためのものです。
 該当する医療費がないときは、提出の必要はありません。詳しくは裏面をお読みください。

- ・医療機関等に医療券を提示の上、右欄に証明を受けてください。(証明書発行にかかる手数料は助成対象外です。)
- ・申請書は医療機関等ごとに1枚必要です。
- ・申請者の方は、太枠の中を記入し、医療機関等で証明を受けて、下記まで郵送してください。
- ・裏面の記載例・注意事項を必ずお読みください。

<書類送付先> 〒163-8001 (住所記入は不要です)
 東京都福祉保健局保健政策部医療助成課マル都担当 電話 03(5320)4454

・振込み時に、支給額・振込予定日を申請者宛に郵送でお知らせします。(振込みまで2~3か月程度かかります。)

金融機関コード * * 0

負担者番号		13		振込先口座	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協					
受給者番号					支店名	支店出張所	支店番号				
受給者	住所	〒()			口座番号(7桁)	1 普通					
	氏名				フリガナ						
申請者	生年	明治 大正 昭和 平成			口座名義人						
	月日	年	月	日							
右記証明のとおり、認定疾病に係る医療費の申請をします。 支給額決定後は、右記の口座に振り込んでください。 東京都知事 殿 申請日 年 月 日 氏名 (印)				住所 〒() ・支給決定通知送付先が受給者住所と異なる場合のみ記入してください。 電話番号 受給者との続柄() ・受給者と申請者が同じ場合は「本人」とお書きください。							

診療に要した費用の額
右記証明欄の「合計 ①の金額」を記入してください。
円

(注)1 *欄は、記入しないでください。
 2 太枠の中は、必ず記入してください。

この同意書は、必ず記入してください。

同 意 書

本申請に関して、東京都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東京都に当該情報を提供することに同意します。

年 月 日

↓ 受給者と申請者が異なる場合のみ記入してください。

(受給者) 住所 氏名 (印)	(申請者) 住所 氏名 (印)
-----------------------	-----------------------

医療機関等証明欄

(この欄は、病院や薬局等が記入してください。)

申請理由 (いずれかに チェック)		<input type="checkbox"/> 有効期間内に主保険単独で支払をしたため <input type="checkbox"/> その他(理由を記載→)												
診療 調剤	年月	保険種別	負担区分	限度額認定 証の提示 (支払時に 提示があつた 場合のみ 適用区分を 記載)	入院 外来 別 調剤	受診日数	左記のうち 有効期間内 でかつ公費 対象の 日数	1か月分の保険総 点数 (訪問看護ステ ーションの場合は総 金額)	左記のうち有効期間 内でかつ公費対象の 保険点数 (訪問看護ステ ーションの場合は金 額)		窓口での患者負担額 (注1)	※事務処理欄 (この欄は記 入しないでく ださい)		
									点(円)	点(円)				
食事療養・生活療養標準負担額														
年月	国保(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割			入院(1) 外来(2) 調剤(4)	日	日	点(円)	点(円)	有効期間内の食事数×一食単価 () × () =	円			
年月	国保(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割			入院(1) 外来(2) 調剤(4)	日	日	点(円)	点(円)	有効期間内の食事数×一食単価 () × () =	円			
年月	国保(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割			入院(1) 外来(2) 調剤(4)	日	日	点(円)	点(円)	有効期間内の食事数×一食単価 () × () =	円			
年月	国保(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割			入院(1) 外来(2) 調剤(4)	日	日	点(円)	点(円)	有効期間内の食事数×一食単価 () × () =	円			
年月	国保(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割			入院(1) 外来(2) 調剤(4)	日	日	点(円)	点(円)	有効期間内の食事数×一食単価 () × () =	円			
年月	国保(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割			入院(1) 外来(2) 調剤(4)	日	日	点(円)	点(円)	有効期間内の食事数×一食単価 () × () =	円			
注1「窓口での患者負担額」は当該診療月における保険総点数分として窓口で支払った額(対象疾病以外分も含む。)の合計を記入してください。										合計	①			
										※食事療養・生活 療養標準負担額含 む		円		

上記のとおり証明します。 年 月 日

[医科1・歯科3・調剤4・看護6]

医療機関コード

所在地
施設名
管理者名
電話番号 ()

医療機関名

印

部署名
氏名
電話番号
(内線まで)

記入者名

※この委任状は、必要な方のみ記入してください。詳しくは裏面をお読みください。

委任状

私は、下記の者を代理人と定め、東京都の医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。
東京都知事 殿 年 月 日

(委任者/受給者本人)

住所 _____ 電話 _____

氏名 _____ 印

(受任者/振込先口座名義人)

住所 _____ 電話 _____

氏名 _____ 印

申請者の方へ【必ずお読みください】

この用紙は、医療券[難病(国疾病)(負担者番号 51136018)・特殊医療(先天性血液凝固因子欠乏症等)(負担者番号 51137016)]を交付された方が、区市町村等の担当窓口にて認定の申請をして受理された日から医療券が交付されるまでの間に支払った医療費や、医療券が使えない医療機関で支払った医療費について、東京都から支給を受けるためのものです。

◆申請できる医療費について

この用紙で請求できる医療費は、以下の要件をすべて満たすものです。

- (1)医療券に表示された疾病を治療するために受けた診療・調剤・訪問看護であること
- (2)医療券の有効期間内に受けた診療等であること
- (3)医療保険が適用されているものであること

◆記入例

負担者番号	5	1	1	3	6	0	1	8	金融機関	みやこ													
受給者番号	0	9	8	7	6	5	4		振込先口座	支店名	新宿	支店番号	012										
受給者	〒(162-8000)								口座番号(7桁)	1	2	3	4	5	6	7							
	住所								新宿区西新宿1-1-1														
	氏名								東京 花子														
	生年								明治 大正(昭和)平成														
申請者	月日								28年 3月 18日														
	右記証明のとおり、認定疾病に係る医療費の申請をします。支給額決定後は、右記の口座に振り込んでください。								住所 〒()														
	東京都知事 殿 申請日 30年 4月 1日								電話番号 03(5320)0000														
氏名								東京 花子 (印)								受給者との続柄(本人)							

医療券を見て、正確に記入してください。

通帳を見て太枠の中を正確に記入してください。原則として、患者本人の口座を指定してください。

ゆうちょ銀行を指定される場合は、振込用の支店番号・口座番号を記入してください。※支店番号が不明の際は、記号番号(5桁)の左から3桁の数字を記入してください。

必ず押印してください。(口座の届出印でなくても構いません。)

◆委任状について

- ・受給者以外の口座に振り込む場合は、委任状が必要です。
- ・事前に都に申請者として届け出た家族等の口座に振り込む場合は、委任状は不要です。
- ・受給者が未成年で保護者の口座に振り込む場合は、委任状は不要です。

委任状	
私は、下記の善名代理人と定め、東京都の医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。	
東京都知事 殿	年月日
(受給者/受給者本人)	電話
住所	
氏名	
(受給者/振込先口座名義人)	電話
住所	
氏名	

↑必要な方のみ記入してください。(任意の用紙で作成しても構いません。)

◆その他(注意点など)

- ・医療機関等証明欄に医療機関等の証明を受けて申請してください。証明書発行にかかる手数料は助成対象外です。
- ・申請書は医療機関ごとに1枚ずつ必要です。
- ・領収書で証明の代用はできません。また、申請時に領収書を添付する必要はありません。
- ・認定疾病に係る医療費に限ります。認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(証明代・差額ベッド代等)は助成対象外です。
- ・申請書は区市町村の担当窓口で配布しています。用紙が不足する場合は表面のみコピーして使用しても構いません。また、東京都福祉保健局のホームページからダウンロードすることができます。

www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/

- ・表面左側の「診療に要した費用の額」欄の金額は、助成対象額とは一致しない場合があります。
- ・申請書を提出してから指定口座への入金までには、約2~3か月程度かかります。入金時に支給額を通知します。

◆高額療養費等について

医療機関等の窓口で支払った金額のうち、高額療養費等に相当する部分は、御加入の健康保険等から支給されるため、東京都はその額を差し引いて支給します。

高額療養費等の請求方法は御加入の健康保険等により異なりますので、詳細については、御加入の健康保険等にお問い合わせください。

医療機関・薬局・訪問看護ステーションの方へ【必ずお読みください】

- 1 証明の際は、医療券の提示を受け、医療費の支給申請ができることを確認してください。
- 2 医療券に表示された疾病に関する治療でないもの、医療保険が適用されないもの、医療券の有効期間外のもの、都の助成が受けられないので、証明の必要はありません。
- 3 公費併用レセプト等により医療費助成額を請求しているものは、重複請求となるため、証明の必要はありません。
- 4 有効期間の開始日が月の途中からとなる場合は、外来診療は、有効期間の開始日以降の医療費を助成の対象とし、開始日前の医療費は助成の対象としません。入院診療は、診療月内における有効期間の開始日以降の診療報酬点数(点したもの)に医療保険の負担割合を乗じて求めた自己負担額を助成の対象とします。

◆記入例

レセプト単位で記入してください。

診療 調剤	年月	保険種別	負担区分	自立支援 医療費 (注1)	入院 別 調剤	受診日数	定配の うち 有効期 間内の 日数	1か月の保険 総点数 (訪問看護ス テーションの場 合は総金額)	上記のうち有効期間 内かつ助成対象の医療 点数 (訪問看護ス テーションの場 合は総金額)	窓口での患者自 負担額(注2)
1 月途中から有効期 間開始の場合	29年8月	国民(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割		入院(1) 外来(2) 調剤(4)	5日	3日	58,310点(円) 有効期間内の食事数×一食単価 (9)×(260)=	21,789点(円) 有効期間内の食事数×一食単価 (9)×(260)=	174,930円 2,340円
2 限度額認定の提示 があった場合	29年8月	国民(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割		工 入院(1) 外来(2) 調剤(4)	5日	3日	58,310点(円) 有効期間内の食事数×一食単価 (9)×(260)=	21,789点(円) 有効期間内の食事数×一食単価 (9)×(260)=	57,600円 2,340円
3 70歳以上の方 (入院)	30年1月	国民(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割		入院(1) 外来(2) 調剤(4)	10日	10日	98,010点(円) 有効期間内の食事数×一食単価 (30)×(210)=	98,010点(円) 有効期間内の食事数×一食単価 (30)×(210)=	15,000円 6,300円
4 70歳以上の方 (外来)	30年2月	国民(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割		入院(1) 外来(2) 調剤(4)	1日	1日	10,250点(円) 有効期間内の食事数×一食単価 ()×()=	7,370点(円) 有効期間内の食事数×一食単価 ()×()=	8,000円
5 訪問看護ステ ーションの場合	29年8月	国民(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割		入院(1) 外来(2) 調剤(4)	7日	7日	5,280点(円) 有効期間内の食事数×一食単価 ()×()=	5,280点(円) 有効期間内の食事数×一食単価 ()×()=	1,580円
注1「窓口での患者負担額」は当該診療月における保険診療点数分として窓口で支払った額(対象期間以外分も含む。)の合計を記入してください。										

有効期間内の助成対象医療の点数を記入してください。訪問看護ステーションの場合は、認定疾病のみに係る療養費(円)を記載してください。

入院月途中で認定が開始された、助成対象外医療がある等の理由で、限度額適用認定証による徴収額が、有効期間内の助成対象医療の点数に見合わない場合は、その旨を欄外に記入してください。

(例)・入院期間 6/1~6/30
・点数は認定日以降のもの
・助成対象外〇〇を含む

入院時食事・生活療養費がある場合は、上段の診療費と別掲で、標準負担額を記入してください。

上記のとおり証明します。 年 月 日
(医科1) 歯科・3・調剤4・看護6

所在地 東京都千代田区丸の内3-5-1
施設名 都立病院
医療機関名 院長 新宿 太郎
管理番号 03(5320)XXXX
電話番号

医療機関コード 7 6 5 4 3 2 1

都署名 区事務代表
氏名 横山 一子
電話番号 03(5320)XXXX
(内線まで) (内)△△△

受診時の主保険に〇をしてください。

必ず記入してください。

所属・担当者名(問い合わせに対応できる方)を必ず記入してください。

必ず押印してください。

該当するものに〇をしてください。 薬局では処方せんのみ(薬局は調剤4に〇をしてください。) 受付回数を入力してください。