

医療機関等証明欄【病院・薬局等が記入】

※必ず病院や薬局等に記入を依頼ください。受給者等による記載は無効です。

患者氏名		生年月日	
------	--	------	--

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 調剤	別	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)	※事務処理 欄 (この欄は 記入しな いでくださ い)
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	日 日	点	点	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	日 日	点	点	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	日 日	点	点	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	日 日	点	点	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	日 日	点	点	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	日 日	点	点	円	
合計												円

注 「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。
 ※食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は除きます。

上記のとおり証明します。 年 月 日
 [医科1・調剤4・看護6]

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

所在地 施設名 医療機関名 管理者名 電話番号 ()	(印)	部署名 氏名 記入者名 電話番号 (内線まで)
--------------------------------------	-----	----------------------------------

【医療機関等証明欄の記載については下記のとおりお願いします。】

- 1 「1か月分の保険総点数」欄は当該診療月における、対象疾病以外分も含んだ保険総点数を記入してください。
 ◎レセプトの「請求」の項の「保険」の項の点数に該当します。
- 2 「左記のうち有効期間内でかつ特定医療に係る保険点数」欄は当該診療月における、対象疾病のみ(対象疾病以外は除く)保険点数を記入してください。
 ◎レセプトの「請求」の項の「公費①」の項の点数に該当します。
 ◎助成額算定の際に重要な項目ですので、保険点数と同点であっても必ず記載をお願いします。
 ◎院外処方等により対象点数が御不明な場合には、必ず処方元の医療機関へ確認をお願いします。
- 3 すでに医療券をお持ちで、医療券と管理票を使って受診している場合には、証明欄の記入は必要ありません(払い戻しが必要な場合は、領収書の原本と管理票のコピーで申請できます)。

※記載方法の詳細は、裏面を参照してください。

医療機関からの事務連絡欄

※公費対象点数と支払金額に相違がある場合は、その理由を記載してください。
 (記載例) マル障併用のため、点数修正によりレセプト再提出したが、患者本人の会計に変更なし、等。

申請者の方へ【必ずお読みください】

この用紙は、次の都医療費助成用です。[B型C型ウイルス肝炎・被爆者の子に対する医療・小児精神病・大気汚染関連疾病・特殊医療（人工透析を必要とする腎不全）・妊娠高血圧症候群等]

◆申請できる医療費について

医療券の有効期間内に、認定疾病にかかる医療費のうち、医療保険が適用されるもので、以下に該当するものがある場合は、本申請書等の提出資料を送付してください。

※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。

支給の対象となる医療費	提出書類
<p>医療券がお手元に届くまでの間や医療券が使用できない医療機関での受診など、医療券を適用しないで支払った認定疾病にかかる医療費</p> <p>ただし、月ごとの自己負担上限額がある医療券については、記載された自己負担上限額を超えた医療費のみ対象となります。</p> <p>※人工透析を要する腎不全の医療券は有効期間前に特定疾病療養受療証適用後の自己負担が10,000円(又は20,000円)に達した場合は、助成額が0円となるため申請不要です。</p>	<p>◇本申請書</p> <p>※太枠内をご記入ください。</p> <p>※認定疾病に係る医療費について、必ず医療機関等の証明(右欄)を受ける必要があります。(領収書での代用は不可)</p> <p>◇受給者以外の口座に振込む場合は委任状(申請書左側下部の記載で代えることも可)</p> <p>◇同一月に医療券を適用した医療費が混在する場合は当該月の「自己負担上限額管理票」の写しも送付ください。(負担額を調整します。)</p>
<p>【自己負担上限額の設定がある医療券のみ対象】</p> <p>医療券を適用して支払った医療費のうち以下のもの</p> <p>①自己負担上限額が遡って減額された場合の差額</p> <p>②自己負担上限額を超えて支払った場合の差額</p>	<p>◇本申請書(太枠内をご記入ください。)</p> <p>※管理票の記載のある医療費については、医療機関等の証明に代えて管理票コピーと領収書原本の添付で申請することができます。</p> <p>(領収書の返却を希望する場合はその旨を申請書余白等に記載ください。返信用封筒の同封は不要です。)</p> <p>◇受給者以外の口座に振込む場合は委任状(申請書左側下部の記載で代えることも可)</p>

◆記入例

(公費) 負担者番号	8	2	1	3	0	0	0	9	受給者番号	1	2	3	4	5	6
振込先口座	金融機関名	みやこ							銀行	預金種別	1 普通			2 当座	3 貯蓄
	支店名	新宿	出張所	支店番号	0	1	2	口座番号(7桁)	0	9	8	7	6	5	4
支店名		フリガナ		口座名義人		漢字		トウキョウ ハナコ 東京 花子							
医療機関等証明のとおり、認定疾病に係る医療費の申請をします。支給額決定後は、上記の口座に振り込んでください。また、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															
東京都知事 殿								(申請者) ※受給者と申請者が同じ場合は記載不要です。							
(受給者) 住所 〒(162-8000) 新宿区西新宿1-1-1 氏名 東京 花子 生年月日(明治 大正 昭和 平成 令和) 28年 3月 1日 電話 03-5320-1234								住所 〒(162-8000) 新宿区西新宿1-1-1 氏名 東京 太郎 受給者との続柄(夫) 電話 03-5320-1234							

都医療券を見て、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。

※キャッシュカードに表記がある場合もありますが、不明な場合は「同意書」上部の記号・番号欄を記載ください。(この場合も、口座名義は振込口座欄に必ずご記入ください。)

預金種別未記載の場合は普通預金での処理となりますので、確認の上、必ずご記入ください。

◆委任状について

【左側下部欄使用可：同内容で別途作成して提出することも可】

- ・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。
- ・受給者本人がお亡くなりになり、委任ができない際は、委任状に代えて除籍謄本など受給者の方が亡くなった事実と、振込先口座名義人との関係(相続人であること)が確認できる資料を添付ください。

◆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原則ありません。
- ・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。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。

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryu/josei/tukaikata/index.html>

- ・申請書を提出してから指定口座への入金までには、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、加入している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・調剤薬局・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、都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 都医療券に表示された疾病に関する治療でないもの（B型C型ウイルス肝炎の場合は、医療券の認定条件欄に記載された治療でないもの）、医療保険が適用されないもの、都医療券の有効期間外のもの、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、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 限度額適用認定証等が提示されていた場合は、所得区分（ア、イ、ウ、エ、オ、I、II、III、IV）を記載してください。
- 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。（優適用者で外来診療の場合、有効期間の開始日前に自己負担限度額が1万円に達している場合は、助成の対象となりません。自己負担限度額が1万円に達していない場合は、有効期間の開始日以降の診療報酬点数（分点したも）に医療保険の負担割合を乗じて求めた自己負担額の範囲内で、1万円までの残額を助成の対象とします。）。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（分点したも）に医療保険の負担割合を乗じて求めた自己負担額（優適用者の場合は1万円まで）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。

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。

薬局では処方せんの受付回数を記入してください。

受診時の主保険に○をしてください。

医療機関コード(7桁)を必ず記入ください。

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。

診療 年月 調剤	保険種別	負担区分	限度額認定 証の提示 (支払額 に提示が あった場合 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 になつた公費 対象の日数	1ヶ月分の保険 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 月途中から有効 期間開始の場合	2年11月 ①国民 ②社保 ③後期	1割 2割 3割		①入院 ②外来 ④調剤	5日 3日		58,310点(円)	21,789点(円)	174,930円
2 限度額認定の提 示があった場合	2年11月 ①国民 ②社保 ③後期	1割 2割 3割		①入院 ②外来 ④調剤	5日 3日		58,310点(円)	21,789点(円)	57,600円
3 70歳以上の方 (入院)	3年1月 ①国民 ②社保 ③後期	1割 2割 3割	I	①入院 ②外来 ④調剤	10日 10日		98,010点(円)	98,010点(円)	15,000円
4 70歳以上の方 (外来:薬局)	3年2月 ①国民 ②社保 ③後期	1割 2割 3割	II	①入院 ②外来 ④調剤	1日 1日		10,250点(円)	7,370点(円)	8,000円
5 訪問看護ステ ーションの場合	2年11月 ①国民 ②社保 ③後期	1割 2割 3割		①入院 ②外来 ④調剤	7日 7日		5,280点(円)	5,280点(円)	1,580円
注 「窓口での患者負担額」は当該診療月におけるレセプト総点数の保険診療分として窓口で支払った額(対象疾病以外も含む。)の合計を記入してください。 ※食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は除きます。									合計 257,110円

上記のとおり証明します。 年 月 日

① 医科 ② 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 都庁病院
管理者名 院長 新南 太郎
電話番号 03(5320)××××

医療機関コード 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

①
部署名 医事課外来
氏名 健康 一子
記入者名 電話番号 03(5320)××××
(内線まで) (内)△△△

該当するものに○をしてください。

※薬局は調剤4になります。

※小児精神病は医科1(入院)のみ該当します。

※B型C型ウイルス肝炎及び妊娠高血圧症候群等については、看護6の該当はありません。

◆この申請書は、以下の負担者番号の場合に、御使用ください。

【医療費助成の種類】

【負担者番号】

- ・ B型C型ウイルス肝炎 3 8 1 3 6 0 1 6
- ・ 被爆者の子に対する医療 8 2 1 3 4 0 0 8 ※受給者番号 1 2 ~
- ・ 小児精神病 8 2 1 3 4 0 0 8 ※受給者番号 1 1 ~、1 3 ~
- ・ 大気汚染関連疾病 8 2 1 3 7 0 0 1
- 8 2 1 3 7 5 5 5
- 8 2 1 3 7 5 3 0 ※患者一部負担あり (月負担限度額 6,000 円)
- 8 2 1 3 7 6 7 0 ※患者一部負担あり (月負担限度額 6,000 円)
- ・ 特殊医療 (人工透析を必要とする腎不全) 8 2 1 3 8 0 0 9
- 8 2 1 3 8 5 5 3
- ・ 妊娠高血圧症候群等 8 7 1 3 6 0 0 8