

# 医療費支給申請書 兼 口座振替依頼書(54・生活保護受給者用)

この申請書は、受給者証又は医療券を使わずに支払った医療費や自己負担上限額を超えて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。

- ・医療機関等に受給者証等を提示の上、右欄に証明を受けてください。
- ・申請書は医療機関等ごとに1枚必要です。(証明書発行にかかる手数料は助成対象外です。)
- ・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。
- ・振込み時に、支給額・振込予定日を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。)

【書類送付先】 〒163-8001 新宿区西新宿2-8-1  
東京都福祉局生活福祉部医療助成課マル都担当 電話 03(5320)4454

・太枠の中は、必ず記入してください。

金融機関コード  
(記入しないでください。)

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| * |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|

\* 0

|                               |   |                |   |   |   |   |                             |                                   |          |                          |      |  |  |  |
|-------------------------------|---|----------------|---|---|---|---|-----------------------------|-----------------------------------|----------|--------------------------|------|--|--|--|
| (公費)負担者番号                     | 5   | 4              | 1 | 3 | 6 | 0 | 2                           | 3                                 |          |                          |      |  |  |  |
|                               | 受給者番号   |                |   |   |   |   |                             |                                   |          |                          |      |  |  |  |
| 受給者                           | 住所  | 〒( )           |   |   |   |   |                             | 振込先口座                             | 金融機関     | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農協 |      |  |  |  |
|                               | 氏名  |                |   |   |   |   |                             |                                   | 支店名      | 支店出張所                    | 支店番号 |  |  |  |
|                               | 生年  | 明治 大正 昭和 平成 令和 |   |   |   |   |                             |                                   | 口座番号(7桁) | 1 普通<br>2 当座<br>3 貯蓄     |      |  |  |  |
|                               | 月日  | 年              | 月 | 日 |   |   | フリガナ                        |                                   |          |                          |      |  |  |  |
| 申請者                           | 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。<br>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 年 月 日                                       |                |   |   |   |   |                             | ・本申請の決定通知書の送付先として特に指定する場合は記載ください。 |          |                          |      |  |  |  |
|                               | 氏名  |                |   |   |   |   |                             | 電話番号                              |          |                          |      |  |  |  |
| ・受給者が未成年の場合は、保護者が申請者になってください。 |   |                |   |   |   |   | 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                        |

※上記振込先口座にゆうちょ銀行を指定する場合は振込用の支店番号・口座番号を記入ください。不明の際は、以下に記号・番号を記入ください。

|             |  |  |  |   |                |  |  |  |  |  |  |  |   |
|-------------|--|--|--|---|----------------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 通帳記号(左から5桁) |  |  |  |   | 通帳番号(末尾1を含む8桁) |  |  |  |  |  |  |  |   |
| 1           |  |  |  | 0 |                |  |  |  |  |  |  |  | 1 |

(注) 「診療に要した費用の額」は右記証明欄の「合計①の金額」を記入してください(証明を要しない場合は空欄でお願いします。)。なお、「診療に要した費用の額」は助成額ではありません。助成額は「医療機関等証明欄」の証明内容等から都が算定します。

・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。

東京都知事 殿

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) | (申請者) |
| 住所    | 住所    |
| 氏名    | 氏名    |

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<br>(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<br><input type="checkbox"/> 受給者証又は医療券を適用して支払した医療費について負担上限月額が減額されたため<br><input type="checkbox"/> その他 (理由を記載→) |      |  |                         |      |                               |  |      |  |      |                  |                                       |
|---------------------|----------------|---|------|--|-------------------------|------|-------------------------------|--|------|--|------|------------------|---------------------------------------|
| 診療<br>調剤            | 年月             | 保険種別  | 負担区分 | 限度額認定<br>証の提示<br>(支払時に<br>提示があっ<br>た場合のみ<br>適用区分を<br>記載) | 入院<br>外来<br>別<br>調剤     | 受診日数 | 左記の<br>うち<br>有効期<br>間内の<br>日数 | 1か月の保険総<br>点数<br>(訪問看護ステ<br>ーションの場合は総<br>金額) |      | 左記のうち有効期間内<br>でかつ公費対象の保険<br>点数<br>(訪問看護ステーショ<br>ンの場合は金額) |      | 窓口での患者負<br>担額(注) | ※事務処理<br>欄<br>(この欄は<br>記入しない<br>ください) |
|                     |                |   |      |  |                         |      |                               | 食事療養・生活療養標準負担額                               |      |  |      |                  |                                       |
| 年 月                 | 社保(2)<br>生保(4) | 1割<br>2割<br>3割<br>10割   |      |  | 入院(1)<br>外来(2)<br>調剤(4) | 日 日  | 日 日                           | 点(円)   | 点(円) | 点(円)   | 点(円) | 円                |                                       |
|                     |                |   |      |  |                         |      |                               | 有効期間内の食事数 × 1食単価                             |      |  |      | 円                |                                       |
|                     |                |   |      |  |                         |      |                               | ( ) × ( ) =                                  |      |  |      | 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。

|                   |   |
|-------------------|---|
| 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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

医療機関名 所在地 施設名 管理者名 電話番号 ( )



部署名 氏名 電話番号 (内線まで)

記入者名

※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。(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



(受任者/振込先口座名義人)

住所

電話

氏名



## 申請者の方へ【必ずお読みください】

### ◆申請できる医療費について《該当がなければ本申請書を提出する必要はありません》

この用紙は、難病の受給者証（公費負担者番号 54136015 又は 54135017）を交付された後、生活保護開始日から負担上限月額0円の難病の受給者証（公費負担者番号 54136023）が交付されるまでの間に支払った医療費や受給者証を使用しないで医療機関等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。

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) 受給者証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) 受給者証の有効期間内に受けた診療等であること
- (3) 都道府県の指定を受けた医療機関等で受けた診療等であること
- (4) 医療保険が適用されているものであること

### ◆記入例

|           |   |                            |   |   |   |   |   |          |       |              |   |     |   |                          |   |   |   |   |
|-----------|---|----------------------------|---|---|---|---|---|----------|-------|--------------|---|-----|---|--------------------------|---|---|---|---|
| (公費)負担者番号 |   | 5                          | 4 | 1 | 3 | 6 | 0 | 2        | 3     | 金融機関         |   | みやこ |   | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農協 |   |   |   |   |
| 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                     |   | 0 | 1 | 2 |
| 受給者       | 住所  | 〒(162-8000)<br>新宿区西新宿1-1-1 |   |   |   |   |   | 口座番号(7桁) |       | 1            | 2 | 3   | 4 | 5                        | 6 | 7 |   |   |
|           | 氏名  | 東京 花子                      |   |   |   |   |   | フリガナ     |       | トウキョウ ハナコ    |   |     |   |                          |   |   |   |   |
|           | 生年月日  | 大正(昭和)平成 令和<br>20年 3月 18日  |   |   |   |   |   | 口座名義人    |       | 東京 花子        |   |     |   |                          |   |   |   |   |
| 申請者       | 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。<br>支給額決定後は、右記の口座に振り込んでください。<br>東京都知事 殿 申請日 3年 4月 1日 |                            |   |   |   |   |   | 住所       |       | 〒( )         |   |     |   |                          |   |   |   |   |
|           | 氏名 東京 花子  |                            |   |   |   |   |   | 電話番号     |       | 03(5320)0000 |   |     |   |                          |   |   |   |   |
|           |   |                            |   |   |   |   |   | 受給者との続柄  |       | ( 本人 )       |   |     |   |                          |   |   |   |   |

受給者証等を見て、正確に記入してください。

通帳等を見て太枠の中を正確に記入してください。原則として、受給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。)

### ◆委任状について

【右欄下部欄使用可：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）が確認できる書類を添付ください。

### ◆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。

### ◆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。
- ・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.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/tukaikata/index.html>
- ・介護給付費の申請は、「介護給付費支給申請書兼口座振替依頼書」を使用してください。

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、受給者証等の提示を受け、医療費の支給申請ができることを確認してください。
- 2 受給者証等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、受給者証等の有効期間外のものは、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 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(分点したもの)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

| 診療<br>調剤   | 年月    | 保険種別           | 負担区分                  | 限度額認定<br>証の提示<br>(支給時<br>に提示が<br>あった場合<br>のみ適用区<br>分を記載) | 入院<br>外来<br>別<br>調剤     | 受診日数 | 左記の<br>うち<br>有効期<br>間内の<br>日数 | 1ヶ月分の保険<br>総点数<br>(訪問看護ス<br>テーションの場<br>合は総金額)   |             | 左記のうち有効期間<br>内でかつ公費対象の<br>保険点数<br>(訪問看護ステー<br>ションの場合は金額) | 窓口での患者負<br>担額(注) |
|--|-------|----------------|-----------------------|--|-------------------------|------|-------------------------------|---|-------------|--|------------------|
|  |       |                |                       |  |                         |      |                               | 58,310 点(円)                                     | 21,789 点(円) |  |                  |
| 食費<br>居住費  | 2年11月 | 社保(2)<br>生保(4) | 1割<br>2割<br>3割<br>10割 |  | 入院(1)<br>外来(2)<br>調剤(4) | 5日   | 3日                            | 58,310 点(円)                                     | 21,789 点(円) | 2,500 円  |                  |
|  |       |                |                       |  |                         |      |                               | 有効期間内の食事数×一食単価<br>(9) × (554) =                 |             | 4,986 円  |                  |
|  |       |                |                       |  |                         |      |                               | 日数 点(円) 点(円)<br>有効期間内の食事数×一食単価<br>(3) × (398) = |             | 1,194 円  |                  |
|  | 2年12月 | 社保(2)<br>生保(4) | 1割<br>2割<br>3割<br>10割 |  | 入院(1)<br>外来(2)<br>調剤(4) | 1日   | 1日                            | 10,250 点(円)                                     | 7,370 点(円)  | 2,500 円  |                  |
|  |       |                |                       |  |                         |      |                               | 有効期間内の食事数×一食単価<br>( ) × ( ) =                   |             | 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。 |       |                |                       |  |                         |      |                               |   |             | 合計<br>※食事療養・生活<br>療養標準負担額含<br>む                          | 11,180 円         |

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。

居住費は左図のように内訳を修正し、日数×単価を記入してください。

医療機関コード(7桁)を必ず記入してください。

医療機関コード 7 6 5 4 3 2 1

上記のとおり証明します。 年 月 日  
[医科]・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 都庁病院  
管理者名 院長 新宿 太郎  
電話番号 03(5320)××××

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)△△△

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。

入院時生活療養費は食費と居住費を  
左図のように分けて記入してください。

該当するものに  
○をしてください。  
(薬局は調剤4に  
○をしてください。)

【留意点】レセプト単位で記入してください。記入例①から⑧は以下のとおりお願いします。

- ① 「保険種別」は受診時に医療保険に加入している場合は社保(2)に、加入していない場合は生保(4)に○をしてください。「負担区分」は受診時の情報に○をしてください。
- ② 「限度額認定証の提示」は支払時に提示があった場合のみ、適用区分を記入してください。  
(窓口での患者負担額の根拠として確認させていただきます。証明記入時の受給者証の区分とは一致しない場合があるため、不明な場合は記入しないでください。)
- ③ 入院、外来、調剤のいずれかに○をしてください。薬局は外来ではなく「調剤」を選択してください。
- ④ 「受診日数」は受給者証等の有効期間にかかわらず、月の診療日数(レセプトの日数)を記入してください。  
※薬局では処方せんの受付回数を記入してください。
- ⑤ 「左記のうち有効期間内の日数」は④受診日数のうち、受給者証の有効期間内の日数を記入してください。  
※薬局では処方せんの受付回数を記入してください。
- ⑥ 「1か月分の保険総点数」は当該月の保険総点数※(レセプトの点数)を記入してください。  
※訪問看護ステーションの場合は、当該月の療養費(円)を記入してください。
- ⑦ 「左記のうち有効期間内でかつ特定医療に係る保険点数」は受給者証の有効期間内でかつ認定疾病にかかる点数※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。
- ⑧ 「窓口での患者負担額」は、⑥で記載の1か月の保険点数に対応する窓口領収額を記入してください。  
※助成額は⑦の点数から高額療養費等を考慮して都が再計算するため、⑧の金額とは必ずしも一致しません。