

小児慢性特定疾病医療費支給申請書

(申請先) 横浜市 長

※該当する数字を丸で囲んで下さい。

年 月 日

受給者 (対象児童)	フリガナ										
	氏名	受給者番号 <small>※受診券の交付を受けていないときは記入不要です</small>									
	生年月日	年 月 日									
	加入保険等の名称	保険者番号					記号				
電話番号	()					番号					

申請者・振込先	*氏名	フリガナを口座名義人欄に記入してください					電話番号 ()					
	住所	〒 区 横浜市 区 (マンション・アパート名、室番号)										
	振込先	銀行 信金 その他 ()	本店 出張所					店番号		口座種別 普通・当座		
	*口座名義人	カタカナで記入してください					口座番号 ※右づめ					

申請金額	円	受診券に記載された自己負担限度額を差し引いた金額が支給金額となります。 また、加入の保険から高額療養費・家族療養附加金が支給される場合は、高額療養費・家族療養附加金を差し引いた金額が支給金額となります。 <small>※局で使用しますので記入は不要です</small>
------	---	--

※必ず加入保険に確認し、記入して下さい。(月ごとの医療費支払額が21,000円未満の場合は省略できます)

高額療養費	ア・イ・ウ・エ・オ		
家族療養附加金 <small>※国民健康保険、全国健康保険協会(協会けんぽ)にはありません。</small>	1	なし	
	2	あり	①自己負担額から 円を控除 / 円未満不支給 / 端数 円切捨 自己負担額から 円を控除した額の 割 円未満不支給 / 端数
		②その他	(月分 円)

加入保険の名称及び家族療養附加金等については、今回請求している医療費の診療月の内容を記入して下さい。

※以下は横浜市使用欄ですので記入しないで下さい。

医療保険総点数	点	医療費支給額 (①-②-③)	④	円
自己負担額	①	円	食事療養費標準負担額	⑤
高額療養費	②	円	一部自己負担額	⑥
家族療養附加金	③	円	横浜市支払額 (④+⑤-⑥)	円