様式第１１－１号

**小児慢性特定疾病医療費償還払申請書**

　　年　　月　　日

三　重　県　知　事　あて

　　　　　年　　月分の小児慢性特定疾病医療費について、別紙医療費証明書または領収書に基づき、公費負担分の償還を申請します。

　なお、償還金は下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者  （保護者） | フリガナ |  | | | 受給者氏名と  その続柄 | | | | | 受給者氏名  続柄（　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | |
| 住　所 | 〒　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | 自宅(　　　　)　　　― | | | | その他連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者名義  の口座及び  口座名義 | | 銀行・信金・信組  　　　　　　　　　　　　　　　　　　支店  農協・漁協・労金 | | | | | | | 普通  ・  当座 | | 口座番号 | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  | |  | |  | |  |
| ゆうちょ銀行 | 店名 |  | | |  |  | 普通 | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |
| フリガナ  口座名義 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他の医療費  助成制度  受給資格 | | 有・無  心身障がい者医療費助成制度・乳幼児医療費助成制度・  一人親家庭等医療費助成制度・  その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注１：ゆうちょ銀行の場合は、通帳の最初のページ左上の記号・番号ではありません。  ゆうちょ銀行の窓口等で振込用の店名・口座番号を確認し記入してください。  注２：『領収書』または『小児慢性特定疾病医療費証明書』と『受給者証の写し』を添付してください。  注３：償還払申請を行う対象月の『自己負担上限額管理票』に金額の記載がある場合は、対象月部分の『自己負担限度額管理票の写し』を添付してください。  なお、その場合、同月分の支払い(記載)が全て終了してから提出してください。  注４：２か月分以上まとめて申請する場合でも、申請書の提出は１枚で結構です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注５：振り込み口座の名義人は、申請者と同じにしてください。申請者の口座以外に振込を希望される場合は、委任状が必要となります。  注６：申請金額のうち、高額療養費該当分は控除して支給します。  自己負担が高額療養費制度の自己負担限度額を超えた場合、その超えた額については、各医療保険の保険者（健康保険組合や国民健康保険など）から支払いを受けることになります。高額療養費制度については各保険者へお問い合わせください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |